

Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE
Ordem dos Enfermeiros – Secção Regional Sul

**Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de
Enfermagem**

**“Cuidados de Enfermagem à Pessoa com
Deglutição Comprometida”**

Elaborado por:

Ana Domingos

Diamantino Veríssimo

Dezembro 2014

SIGLAS E ABREVIATURAS

ABR	-	Abril
AGO	-	Agosto
AVC	-	Acidente Vascular Cerebral
CHMT	-	Centro Hospitalar do Médio Tejo
CIPE	-	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
DEZ	-	Dezembro
EPE	-	Entidade Pública Empresarial
FEV	-	Fevereiro
GDH	-	Grupo de diagnósticos homogéneos
GPP	-	Good Practice Points
GUSS	-	Gugging Swallowing Screen
JAN	-	Janeiro
JUL	-	Julho
JUN	-	Junho
MAI	-	Maio
MAR	-	Março
NMES	-	Neuromuscular electrical stimulation
NOV	-	Novembro
OUT	-	Outubro
Pag	-	Página
PPQCE	-	Projeto Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem
SET	-	Setembro
SSA	-	Standardized Bedside Swallowing Assessment
TOR- BSST	-	Toronto Bedside Swallowing Screening Test
VFE	-	Videofluoroscopy endoscopy
WGO	-	World Gastroenterology Organization

ÍNDICE GERAL

1 - IDENTIFICAR E DESCREVER O PROBLEMA	5
2. PERCEBER O PROBLEMA.....	6
2.1 Recomendações clínicas por Graus da Evidência	10
2.2 – A problemática da deglutição comprometida no CHMT	14
3 - FORMULAR OBJETIVOS INICIAIS.....	18
4 - PERCEBER AS CAUSAS.....	19
4.1 – Critérios de qualidade	23
5 – PLANEAR E EXECUTAR AS TAREFAS/ATIVIDADES	24
6 – VERIFICAR OS RESULTADOS.....	28
7 - PROPOR MEDIDAS CORRETIVAS, STANDARDIZAR E TREINAR A EQUIPA	28
8 – RECONHECER E PARTILHAR O SUCESSO	28
9 – CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	29
10 – BIBLIOGRAFIA	29
ANEXOS	34
Anexo 1 Protocolo “cuidados de enfermagem à Pessoa com deglutição comprometida.....	35
Anexo 2 Grelha de auditoria clínica à implementação do protocolo	36

Índice de Gráficos

Gráfico 1 Distribuição dos GDH principais com diagnóstico secundário de pneumonite de aspiração durante os anos de 2009, 2010, 2011, 2012,2013 e primeiro semestre de 2014.....	15
Gráfico 2 Distribuição percentual dos diagnósticos de Pneumonite de aspiração por ano (2009, 2010, 2011, 2012, 2013 e primeiro semestre de 2014)	15
Gráfico 3 Distribuição da média de idades por ano dos utentes com diagnóstico secundário médico de pneumonite de aspiração nos anos de 2009,2010, 2011, 2012,2013 e primeiro semestre de 2014.....	16
Gráfico 4 Distribuição da média de dias de internamento dos doentes com o diagnóstico de pneumonite de aspiração nos anos de 2009, 2010, 2011, 2012, 2013 e primeiro semestre de 2014	16
Gráfico 5 Distribuição dos GDH principais com diagnóstico secundário de disfagia durante os anos de 2009, 2010, 2011, 2012,2013 e primeiro semestre de 2014.	17
Gráfico 6 Distribuição percentual dos diagnósticos de disfagia por ano (2009, 2010, 2011, 2012, 2013 e primeiro semestre de 2014)	17
Gráfico 7 Distribuição da média de idades por ano dos utentes com diagnóstico secundário médico de disfagia nos anos de 2009,2010, 2011, 2012,2013 e primeiro semestre de 2014.....	18
Gráfico 8 Distribuição percentual da identificação do fenómeno deglutição nos serviços de medicina do CHMT	18

Índice de Quadros

Quadro 1 Fatores predisponentes de disfagia orofaríngea.....	8
Quadro 2 Classificação por níveis de evidência segundo o NICE	10
Quadro 3 Classificação por graus de recomendação segundo o NICE.....	10
Quadro 4 Critérios de qualidade na intervenção de enfermagem face à Pessoa com deglutição comprometida.....	23
Quadro 5 Indicadores do projeto “cuidados de enfermagem à Pessoa com deglutição comprometida	26

1 - IDENTIFICAR E DESCREVER O PROBLEMA

A problemática da pessoa com deglutição comprometida já vem sendo assumida como importante na realidade clínica dos serviços de Medicina Interna deste Centro Hospitalar, desde há pelo menos três anos.

As estatísticas mundiais referem que a disfagia atinge 60% dos indivíduos idosos que sofrem de doenças degenerativas e 30 a 40% daqueles que apresentam défices sequelares a um AVC. Assim, é considerado um problema pertinente para a realidade demográfica e clínica dos utentes dos Serviços de Medicina Interna, sendo indubitavelmente centrado no utente/ pessoa e contexto familiar onde se insere.

Nesta realidade institucional, os enfermeiros (e com maior evidência os enfermeiros especialistas de reabilitação) são os únicos profissionais qualificados para a abordagem da pessoa com este compromisso. Existe terapia da fala, mas apenas na Unidade de Tomar e num contexto predominantemente de ambulatório, não se considerando portanto recurso dos utentes internados nos Serviços de Medicina (Unidade de Abrantes), em fase aguda de doença.

Parece-nos também evidente que as intervenções de enfermagem relacionadas com o compromisso da deglutição são suscetíveis de produzirem ganhos em saúde para a população, com melhoria da qualidade de vida de utentes e prestadores de cuidados. É possível inclusivamente diminuir os reinternamentos de utentes com alterações de deglutição que são posteriormente admitidos com quadros de infeção respiratória tendo como causa provável o compromisso da deglutição.

O projeto encontra-se inserido no enquadramento concetual e nos enunciados descritivos de enfermagem, nomeadamente a nível da prevenção de complicações e na readaptação funcional. Encontra-se intimamente relacionado com o regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação, uma vez que está em causa a prevenção de riscos de alteração de funcionalidade e a promoção de processos de readaptação.

É foco da CIPE, estando na versão Beta 2 presente no aplicativo *SClínico* designado como “deglutição”, estando neste contexto profundamente relacionada com o foco “limpeza das vias aéreas”, mais concretamente com a “aspiração”.

2. PERCEBER O PROBLEMA

O processo normal de deglutição é fundamental para a manutenção da vida. Permite-nos garantir o transporte dos alimentos desde a sua ingestão até ao esófago, iniciando o processo da digestão e a eliminação de saliva da cavidade oral, evitando a sua passagem para as vias respiratórias

Utilizando na prática clínica diária do CHMT a linguagem codificada CIPE versão Beta2, interessa compreender que para os enfermeiros desta instituição “Deglutição é um tipo de Digestão com as seguintes características específicas: passagem dos líquidos e dos alimentos fragmentados, pelo movimento da língua e dos músculos, da boca e para o estômago através da orofaringe e esófago.” O comprometimento desta função, independentemente do seu grau de severidade, é designado de disfagia. Para o projeto em causa o termo disfagia deve ser considerado como sinónimo de deglutição comprometida.

Para a World Gastroenterology Organization (2008), a disfagia divide-se em orofaríngea e esofágica. Importa definir que o presente projeto pretende abordar principalmente os cuidados à pessoa com alteração da deglutição na fase orofaríngea, por uma questão de adequação à realidade dos utentes neste contexto de cuidados.

Este comprometimento da deglutição tem subjacentes mecanismos neurofisiológicos complexos, secundários a diversos fenómenos fisiopatológicos. Torna-se então uma entidade própria geradora de complicações, que podem resultar em desidratação, desnutrição, pneumonites de aspiração ou até asfixia e morte (Richman, Cabrera, 2013), além se ser considerado um transtorno que incapacita o indivíduo do ponto de vista funcional e emocional, interferindo na sua convivência social e na sua relação de prazer com a alimentação (Farri, Accornero, Burdese, 2007).

Enquanto fator de co-morbilidade a disfagia orofaríngea prolonga o tempo de permanência hospitalar, com consequente agravamento do custo de internamento da pessoa. Este facto aliado à maior exposição destes indivíduos às complicações supracitadas, torna esta temática um problema de saúde pública, uma vez que parece afetar uma parcela significativa da população, sobretudo idosa (Santoro, 2008). Esta autora também refere que atualmente são discutidas questões relacionadas à melhora de sua qualidade de vida e à redução de potenciais complicações, por meio de programas de promoção de educação e saúde.

A World Gastroenterology Organisation (WGO) em 2008, refere que a disfagia é um problema comum. Por exemplo, a sua incidência pode chegar a 33% nos atendimentos de urgência, e estudos em lares de idosos tem mostrado que 30 a 40% dos pacientes tem distúrbios de deglutição. Em indivíduos mais jovens, a disfagia geralmente está relacionada com acidentes envolvendo cabeça e pescoço ou a tumores da boca e faringe. Em relação às outras faixas populacionais, Santoro (2008) refere que este problema pode afectar 16% a 22% da população acima de 50 anos, alcançando índices de 70% a 90% de comprometimento da deglutição nas populações mais idosas. Estima-se que 20% a 40% dos indivíduos após AVC apresentem disfagia, aumentando para 95% quando se refere aos indivíduos com Doença de Parkinson, sendo a principal causa de mortalidade desta população a pneumonite de aspiração.

No seu estudo de 2009 sobre prevalência e implicação prognóstica da disfagia nos pacientes idosos com pneumonia, Cabre et al concluem que a disfagia orofaríngea tem alta prevalência em indivíduos idosos internados com pneumonia (55 %) e que é um indicador de severidade da doença nesses doentes.

Foley e tal (2009) na sua revisão sistemática cujo objetivo era clarificar a relação entre desnutrição e capacidade de deglutição após AVC, concluiu que essa relação existe, sendo que é mais evidente nos doentes em fase de reabilitação.

Um estudo de coorte de Serra-Prat et al (2012) que pretendia avaliar o papel da disfagia orofaríngea enquanto fator de risco de desnutrição e/ou infeções

respiratórias baixas, na população idosa autónoma, conclui que a taxa de incidência anual de desnutrição aumenta 6,3% na presença de disfagia.

A WGO (2008) define que para a compreensão da problemática, importa primeiramente conhecer os fatores que predispõem a pessoa a apresentar deglutição comprometida (quadro 1).

Quadro 1 Fatores predisponentes de disfagia orofaríngea

FATORES OBSTRUTIVOS E MECÂNICOS	FATORES NEUROLÓGICOS	FATORES IATROGÉNICOS
Infeções, abscessos Tiróide aumentada Linfadenopatias Divertículo de Zencker Fibrose muscular Tumores da cabeça e pescoço	Acidentes Vasculares Cerebrais Traumatismo crânio-encefálico Paralisia cerebral Doença de Parkinson Doença de Alzheimer Esclerose Múltipla Esclerose Lateral Amiotrófica Miastenia grave Distrofias neuromusculares Tumores cerebrais	Procedimentos Cirúrgicos (ex. ablação de tumores da cabeça e pescoço, traqueostomias) Uso de medicação neuroléptica, anti-convulsivante, anti-depressiva, anti-parkinsoniana e benzodiazepinas

Na prática clínica, perante um indivíduo que apresente um ou mais destes fatores de risco, importa então avaliar um conjunto de aspetos que irão definir a capacidade da pessoa de deglutir. A história clínica do doente não deve ser ignorada, pela relação evidente entre a disfagia e o distúrbio que a causa

A avaliação clínica tem sempre como objetivos detetar a presença de disfagia, caracterizar a sua gravidade, determinar as causas, planear a reabilitação e aferir os resultados do tratamento (Maccarini *et al.*, 2007). Existem meios complementares de diagnóstico, que constituem a avaliação invasiva, sendo que segundo a WGO (2008) o de maior relevância é o estudo videofluoroscópico da deglutição (VFE) ou a avaliação da deglutição por videoendoscopia, contudo esses exames, além de implicarem custos, são de baixa acessibilidade.

A avaliação clínica não-invasiva baseia-se na anamnese e exame físico dirigidos à especificidade da deglutição, na avaliação morfodinâmica ou funcional, e por último, no teste de ingestão oral (Cardoso *et al.*, 2011). Durante a anamnese e exame físico aprecia-se a idade do doente, o seu estado geral, o historial clínico (nomeadamente pneumonias de repetição), as características da respiração, o estado de consciência, os hábitos alimentares, a qualidade da articulação do discurso, a presença de sialorreia/ xerostomia e ainda a duração

da refeição. Na avaliação morfodinâmica ou estrutural que engloba a avaliação da mobilidade e dos órgãos funcionais de deglutição, observa-se o controlo cervical e do tronco, a habilidade para comer e beber (procurando-se identificar a autonomia para alimentação segura), o estado de conservação dentária, os lábios (simetria, encerramento), a língua (mobilidade e integridade), a qualidade vocal e ainda a sensibilidade na região peri-bucal. Avalia-se ainda a função gustativa com estímulos específicos e, por último, realiza-se o teste da ingestão oral (avaliação funcional) que avalia a fase oral (sucção e mastigação) e a fase faríngea da deglutição, usando líquidos (água), semi-líquidos (alimentos liquefeitos) e semissólidos (dieta pastosa).

Numa revisão sistemática da literatura desenvolvida por enfermeiros de reabilitação de uma unidade hospitalar nacional (Cardoso et al, 2011), os autores concluíram que o Teste de Toronto para a avaliação da deglutição (TOR-BSST) é o que produz melhores resultados na deteção de doentes com disfagia. No entanto, a capacidade do teste GUSS de permitir uma avaliação de disfagia com diferentes graus de severidade, separada do risco de aspiração é um facto importante, e a ter em consideração. Nesta revisão, verificou-se que é positiva a utilização de métodos não-invasivos de avaliação de disfagia e do risco de aspiração em doentes com AVC, com elevada sensibilidade e especificidade quando comparados com métodos mais invasivos. Estes métodos não-invasivos podem ser utilizados logo desde a fase aguda, sendo os resultados da sua aplicação reproduzíveis entre profissionais com a mesma ou diferentes especializações prévias (médicos, enfermeiros de reabilitação ou terapeutas), desde que treinados no método.

Salientam ainda o facto de os enfermeiros serem a classe profissional que, de acordo com o seu mandato social e com as competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros (2003) no domínio da Prestação e Gestão dos Cuidados, é responsável pela supervisão das refeições dos doentes internados e pela manutenção e promoção do seu bem-estar (corporal, psicológico e relacional), o que também está definido no Artigo 9.º, alínea c) do Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro.

Infere-se então que, apesar da avaliação da disfagia requerer uma abordagem interdisciplinar, os enfermeiros, com a formação adequada, desempenham um papel de relevo na monitorização e observação dos doentes, nomeadamente nos serviços de internamento, pelo seu acompanhamento contínuo, necessitando somente dum método de avaliação que traduza o grau e tipo de disfagia.

Ficando demonstrado o impacto negativo da disfagia no indivíduo, importa perceber a melhor forma de minimizar o problema, que na literatura parece ser consensual que depende de uma deteção precoce e objetiva do problema e da estruturação de um plano de intervenção personalizado.

2.1 Recomendações clínicas por Graus da Evidência

Da revisão sistemática da literatura efetuada às mais recentes *guidelines* internacionais, com recurso às plataformas de pesquisa Nursing Reference Center e EBSCOhost, surgem várias indicações. A pertinência destas recomendações é demonstrada com recurso à classificação por níveis de evidência e/ou grau de recomendação, através da hierarquização recomendada pelo NICE (National Institute for Health and Care Excellence):

Quadro 2 Classificação por níveis de evidência segundo o NICE

I	Evidência obtida a partir de meta-análise de estudos de controlo randomizados, ou pelo menos a partir de um estudo de controlo randomizado.
II	Evidência obtida a partir de um estudo de controlo não randomizado, ou de pelo menos a partir de um estudo quase-experimental.
III	Evidência obtida a partir de estudos descritivos não experimentais, bem como estudos comparativos, estudos de correlação e estudos caso-controlo.
IV	Evidência obtida a partir de relatórios ou opiniões de peritos e/ou experiência clínica e autoridades reconhecidas.

Na mesma linha de entendimento, o NICE considera fatores como a força da evidência, a viabilidade, o equilíbrio risco-benefício, entre outros, para escalonar as recomendações clínicas, segundo a sua relevância:

Quadro 3 Classificação por graus de recomendação segundo o NICE

A	Diretamente baseada na categoria da evidência I.
B	Diretamente baseada na categoria da evidência II ou recomendação extrapolada a partir da categoria da evidência I.

C	Diretamente baseada na categoria da evidência III ou recomendação extrapolada a partir da categoria da evidência I ou II.
D	Diretamente baseada na categoria da evidência IV ou recomendação extrapolada a partir da categoria da evidência I, II ou III.
GPP	Recomendação de Boas Práticas, baseada na experiência clínica de um grupo de peritos

Avaliação da capacidade de deglutição

Doentes com consciência comprometida, têm alto risco de aspiração (Nível de evidência IV; Benefício substancial; Grau de recomendação B).

Doentes com tosse, que se incluam no grupo de risco de doentes com disfagia, devem ser avaliados quanto à sua capacidade de deglutir (Nível de evidência IV; Benefício substancial; Grau de recomendação B).

Os enfermeiros devem manter os doentes com AVC em dieta zero, incluindo terapêutica oral, até que seja avaliada a capacidade de deglutição (Nível de evidência II).

A avaliação da deglutição é prioritária em doentes com AVC e deve ser executada no máximo às primeiras 24 horas da admissão, por um profissional especializado (Nível de evidência I).

Enfermeiros de todos os contextos clínicos, que tenham formação adequada, devem sempre que necessário avaliar a capacidade de deglutição, utilizando instrumentos de avaliação standardizados como por exemplo o Gugging Swallowing Screen, o Standardized Bedside Swallowing Assessment ou Toronto Bedside Swallowing Screening Test (Nível de evidência II).

O método de avaliação da disfagia recomendado é o Standardized Bedside Swallowing Assessment (SSA), que tem uma sensibilidade de 97% (isto é 97% de doentes corretamente diagnosticados) e que compreende três partes:

1. Avaliação de sinais clínicos, nomeadamente qualidade vocal, controle postural, grau de consciência e capacidade para tossir e deglutir saliva;
2. Avaliação da capacidade de deglutição de uma colher de chá de água, observando existência ou não de sinais clínicos como a tosse, qualidade vocal, etc;

3. Se o doente conseguir deglutir uma colher de chá de sopa, deve tentar deglutir um copo de água (Nível de evidência II).

Monitorizar a saturação de oxigénio durante o ato de deglutir tem 80 % de sensibilidade de detetar aspiração, através da diminuição do valor no minuto seguinte. É recomendada a conjugação com o Standardized Bedside Swallowing Assessment (SSA) (Nível de evidência III).

Enfermeiros de todos os contextos clínicos, perante um doente com disfagia devem avaliar o estado de nutrição e hidratação com regularidade (Nível de evidência IV).

Doentes com disfagia devem ser acompanhados por uma equipa multidisciplinar que inclua médico, enfermeiro, terapeuta da fala, dietista e fisioterapeuta. (Nível de evidência III; Benefício, substancial; grau de recomendação B).

A existência de reflexo de vômito não é considerada fiável na avaliação da deglutição (Grau de recomendação B).

Medidas de adaptação à disfagia

Estratégias compensatórias como seja o posicionamento, manobras terapêuticas e modificação da dieta ou consistência dos líquidos, que facilitem uma deglutição segura, devem ser providenciados em pessoas com disfagia, de acordo com a avaliação previamente efetuada (Grau de recomendação B).

Gerir a dieta diminui o risco de pneumonia de aspiração, nomeadamente ao ser alterada a consistência dos sólidos para mole, sendo mais eficaz uma consistência que necessite de alguma capacidade de mastigação, do que alimentos em forma de puré (Grau de recomendação B).

Medidas posturais a adotar: Fletir o pescoço enquanto deglute pode diminuir o risco de aspiração; rodar a cabeça para o lado afetado pode facilitar a deglutição (Grau de recomendação B).

Readaptação funcional

Todos os doentes com disfagia, durante mais do que uma semana, devem ser avaliados no âmbito do planeamento de um programa de reabilitação da deglutição Deve ser tido em conta:

- A causa da disfagia;
- A capacidade do doente em termos motivacionais e cognitivos (Grau de recomendação D).

Uma ou vários dos seguintes métodos, devem ser providenciados de forma a recuperar a funcionalidade e maximizar a resolução da disfagia:

- Exercícios a grupos musculares específicos (Grau de recomendação C);
- Estimulação termo-tátil (Grau de recomendação C);
- Electroestimulação, quando aplicada por médicos experientes, de acordo com os parâmetros indicados pela evidência (Grau de recomendação GPP)-

Após o AVC, a reabilitação deve iniciar o mais precocemente possível, com base num programa personalizado, que inclua nomeadamente:

- Estimulação elétrica neuromuscular, para promover a contração muscular dos músculos envolvidos na deglutição (NMES);
- NMES em conjunto com estimulação Termo-tátil, tem sido referido como eficaz na disfagia secundária ao AVC. (Grau de recomendação C).

Em relação às técnicas compensatórias de deglutição e exercícios orais, os exercícios intensivos de deglutição, melhoram a força muscular e a recuperação da funcionalidade (Grau de recomendação C).

Os cuidadores envolvidos na alimentação de utentes com disfagia devem ser treinados relativamente a técnicas de alimentação e deglutição segura (Grau de recomendação GPP).

2.2 – A problemática da deglutição comprometida no CHMT

Ao nível da análise de dados do CHMT, procurou-se saber qual a média de idades nos serviços de medicina, uma vez que pela revisão bibliográfica se conclui que os problemas relacionados com as alterações na deglutição se fazem sentir mais na população de maior idade. Assim, no CHMT a média de idades nos utentes internados nos serviços de medicina no ano de 2014 até 15 de novembro de 2014 é de 76,25 anos, o que aparentemente coloca os utentes em maior risco de desenvolverem problemas ao nível da deglutição.

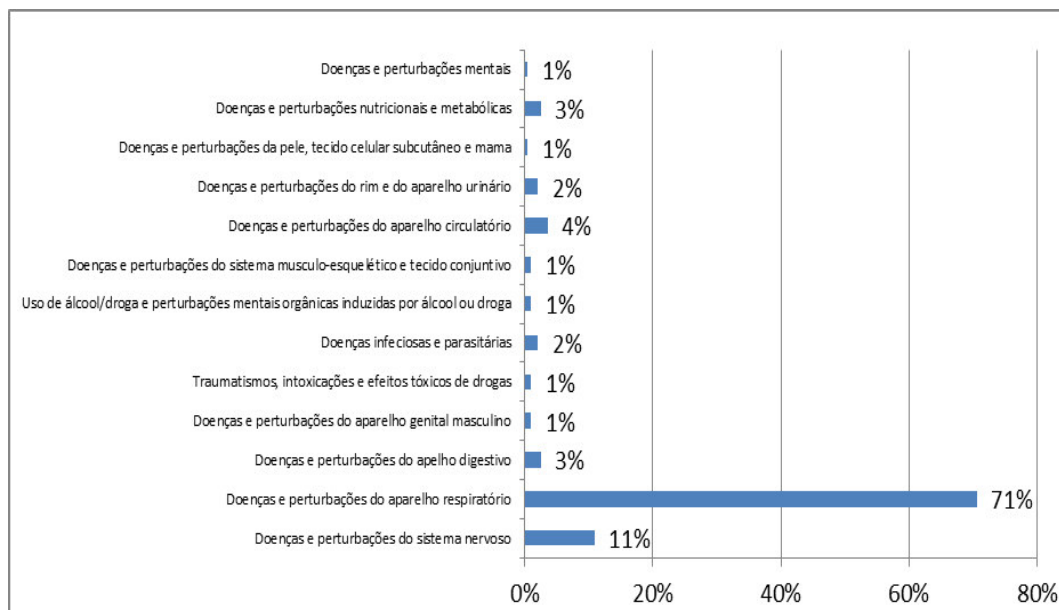
Da análise dos dados dos grupos de diagnósticos homogêneos (GDH) do CHMT procurou-se dois conceitos que se configurassem como mais relevantes para o projeto em causa: a disfagia e a pneumonite de aspiração. Numa primeira análise verificou-se que nos anos solicitados (2009, 2010, 2011, 2012, 2013 e primeiro semestre de 2014) nenhum destes diagnósticos foi codificado como diagnóstico principal, surgindo sim acoplados a outros diagnósticos principais e enquanto diagnósticos secundários.

Nos anos analisados a pneumonite de aspiração foi claramente mais codificada (total de 191 casos) do que a disfagia (total de 25 casos), tal poderá supor a existência de uma subestimação deste diagnóstico médico. Também Santoro (2008) conclui que existe uma sub notificação médica da disfagia, apesar de ter existido um importante aumento nos últimos anos.

Ao analisar o gráfico nº 1 pode-se verificar que a esmagadora maioria dos diagnósticos principais que têm associada a Pneumonite de aspiração (71%) relacionam-se com as doenças e perturbações do aparelho respiratório. Esta ligação parece natural, pois trata-se de entidades intimamente relacionadas.

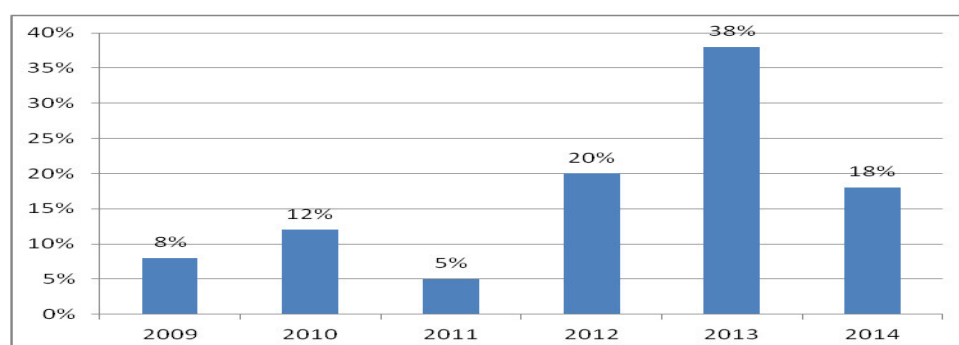
Surge simultaneamente com uma percentagem significativa (11%) as doenças e perturbações do sistema nervoso, onde se incluem os acidentes vasculares cerebrais. Quer as patologias do foro respiratório, quer do sistema nervoso têm no CHMT como locais de eleição de internamento os serviços de medicina.

Gráfico 1 Distribuição dos GDH principais com diagnóstico secundário de pneumonite de aspiração durante os anos de 2009, 2010, 2011, 2012, 2013 e primeiro semestre de 2014



Constata-se pela observação do gráfico 2 que a maior percentagem de diagnósticos de pneumonite de aspiração ocorre no ano de 2013. É possível identificar um ligeiro acréscimo percentual de casos nos últimos anos estudados (2012, 2013 e 2014). O ano com menor percentagem de casos foi o de 2011, com apenas 5%.

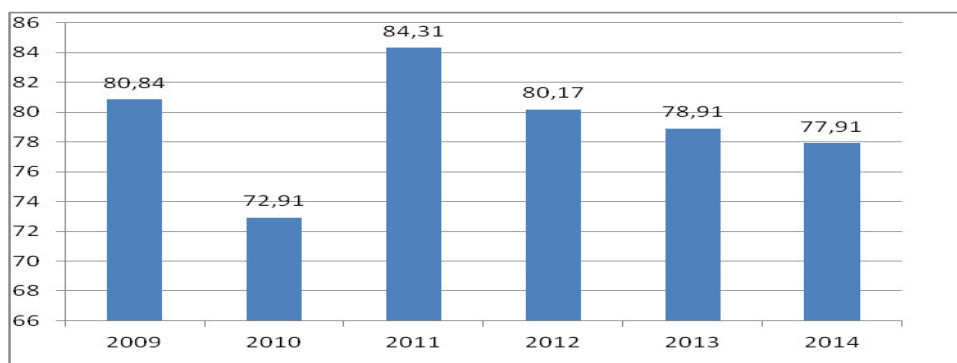
Gráfico 2 Distribuição percentual dos diagnósticos de Pneumonite de aspiração por ano (2009, 2010, 2011, 2012, 2013 e primeiro semestre de 2014)



Observando o gráfico número 3 pode-se constatar que a média de idades dos utentes com diagnóstico médico de pneumonite de aspiração foi mais elevada em 2011 (84,31), tendo o valor mais baixo ocorrido no ano de 2010 (72,91). A média total de idades no período estudado foi de 79,18 anos, o que nos indica

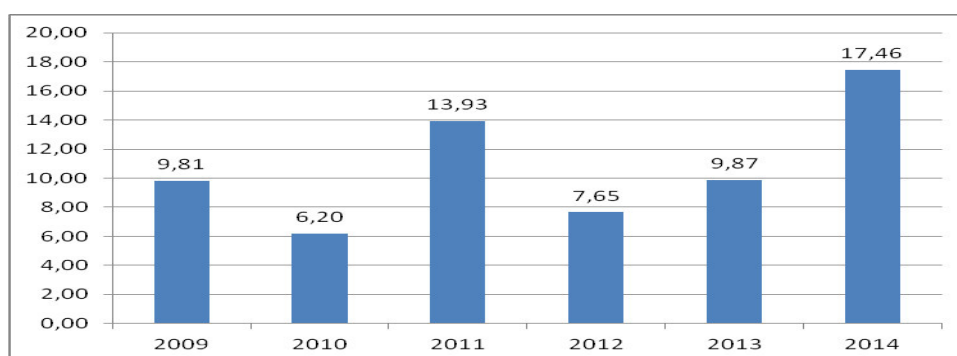
que este é um problema que parece atingir no nosso centro hospitalar os estratos etários mais elevados da população.

Gráfico 3 Distribuição da média de idades por ano dos utentes com diagnóstico secundário médico de pneumonite de aspiração nos anos de 2009,2010, 2011, 2012,2013 e primeiro semestre de 2014



No que concerne à média dos dias de internamento de utentes com o diagnóstico médico de pneumonite de aspiração, é possível verificar que temos assistido nos últimos 3 anos a um crescente aumento dos dias de internamento, sendo o valor mais elevado o do primeiro semestre de 2014 com uma média de 17,46 dias. O valor mais baixo é encontrado no ano de 2010 com 6,20 dias.

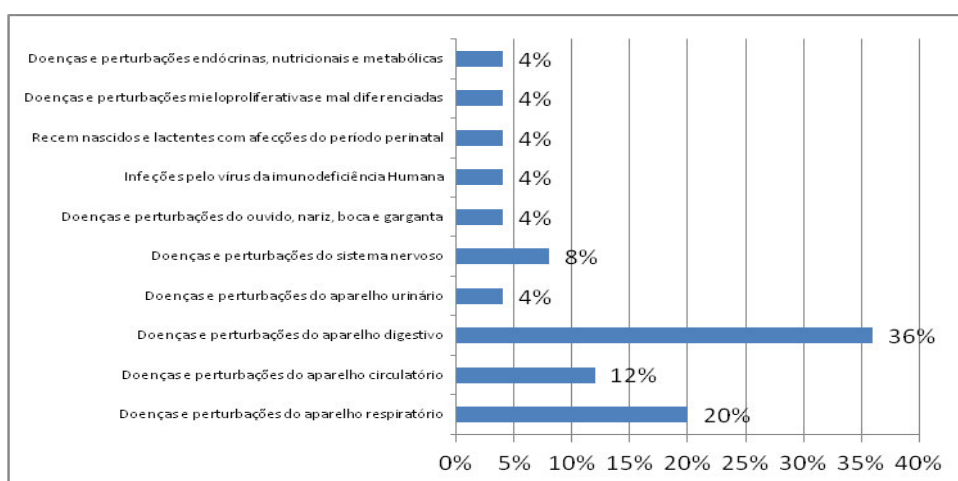
Gráfico 4 Distribuição da média de dias de internamento dos doentes com o diagnóstico de pneumonite de aspiração nos anos de 2009, 2010, 2011, 2012, 2013 e primeiro semestre de 2014



Um outro diagnóstico médico (GDH) passível de ser analisado e intimamente relacionável com a deglutição comprometida é a disfagia. Ao consultar o gráfico número 5 é possível comprovar que as doenças e perturbações do aparelho digestivo surgem como diagnóstico principal mais associado à disfagia (36%),

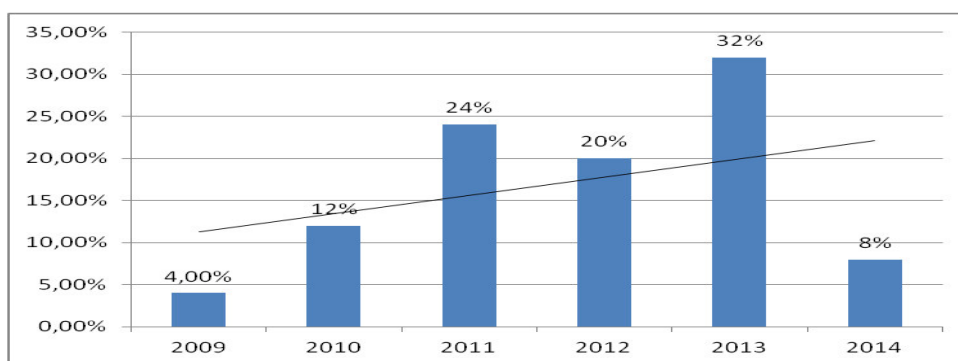
seguido das doenças e perturbações do aparelho respiratório (20%). Com alguma importância observamos com 12% as doenças e perturbações do aparelho circulatório e também as doenças e perturbações do sistema nervoso com 8%. Os restantes resultados surgem em menor percentagem (4%) e equitativamente distribuídos por vários diagnósticos.

Gráfico 5 Distribuição dos GDH principais com diagnóstico secundário de disfagia durante os anos de 2009, 2010, 2011, 2012, 2013 e primeiro semestre de 2014.



No gráfico nº 6 constata-se a existência de uma linha de tendência linear crescente durante os anos estudados de diagnósticos de disfagia (GDH) no Centro Hospitalar do Médio Tejo. O ano reportado como de maior incidência de casos foi o de 2013 (32%). A percentagem mais baixa pode ser observada no ano de 2009 (4%).

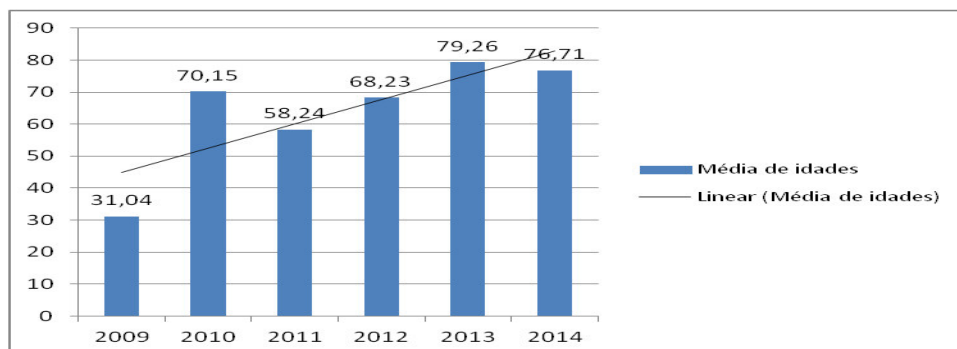
Gráfico 6 Distribuição percentual dos diagnósticos de disfagia por ano (2009, 2010, 2011, 2012, 2013 e primeiro semestre de 2014)



O gráfico 7 indica-nos que durante os anos estudados existiu uma tendência linear claramente crescente no que diz respeito à média de idades de utentes

com o diagnóstico GDH disfagia. A média de idades mais elevada ocorreu em 2013 (79,26) e a mais baixa em 2009 com 31,04.

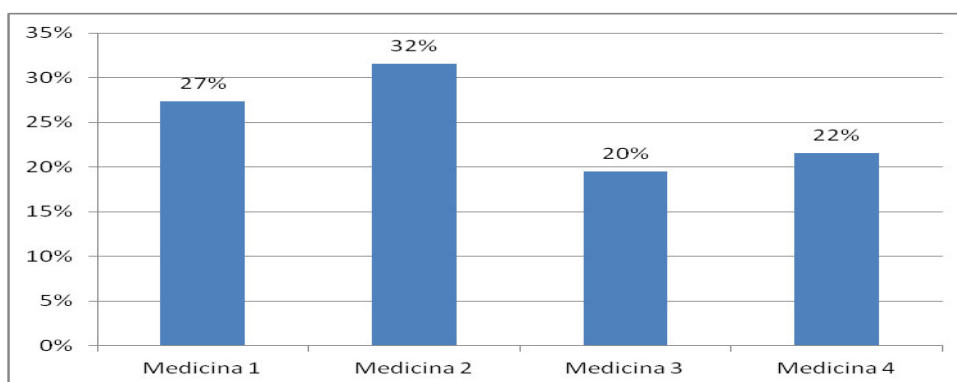
Gráfico 7 Distribuição da média de idades por ano dos utentes com diagnóstico secundário médico de disfagia nos anos de 2009,2010, 2011, 2012,2013 e primeiro semestre de 2014



Atendendo aos dados produzidos pelos enfermeiros, no que se refere ao *SClinico*, foi possível verificar que o fenómeno deglutição é identificado principalmente a nível dos serviços de medicina.

A sua distribuição nos serviços de medicina é relativamente equitativa (gráfico nº 8), embora o serviço de medicina 2 apresente uma percentagem superior de identificação deste fenómeno com 32%. O serviço com percentagem menor de identificação foi a medicina 3 com 20%.

Gráfico 8 Distribuição percentual da identificação do fenómeno deglutição nos serviços de medicina do CHMT



3 - FORMULAR OBJETIVOS INICIAIS

De acordo com Guião para a Organização de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (OE, 2013) trata-se de identificar

objetivos genéricos, não definitivos, mas que nos indiquem o caminho que pretendemos trilhar.

Partindo deste pressuposto os objetivos iniciais relacionam-se muito especialmente com os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, principalmente com os especializados em enfermagem de reabilitação.

Pretende-se com este projeto:

- Promover a qualidade de vida da Pessoa com deglutição comprometida;
- Prevenir complicações;
- Promover a readaptação funcional;
- Promover a capacidade para o auto cuidado.

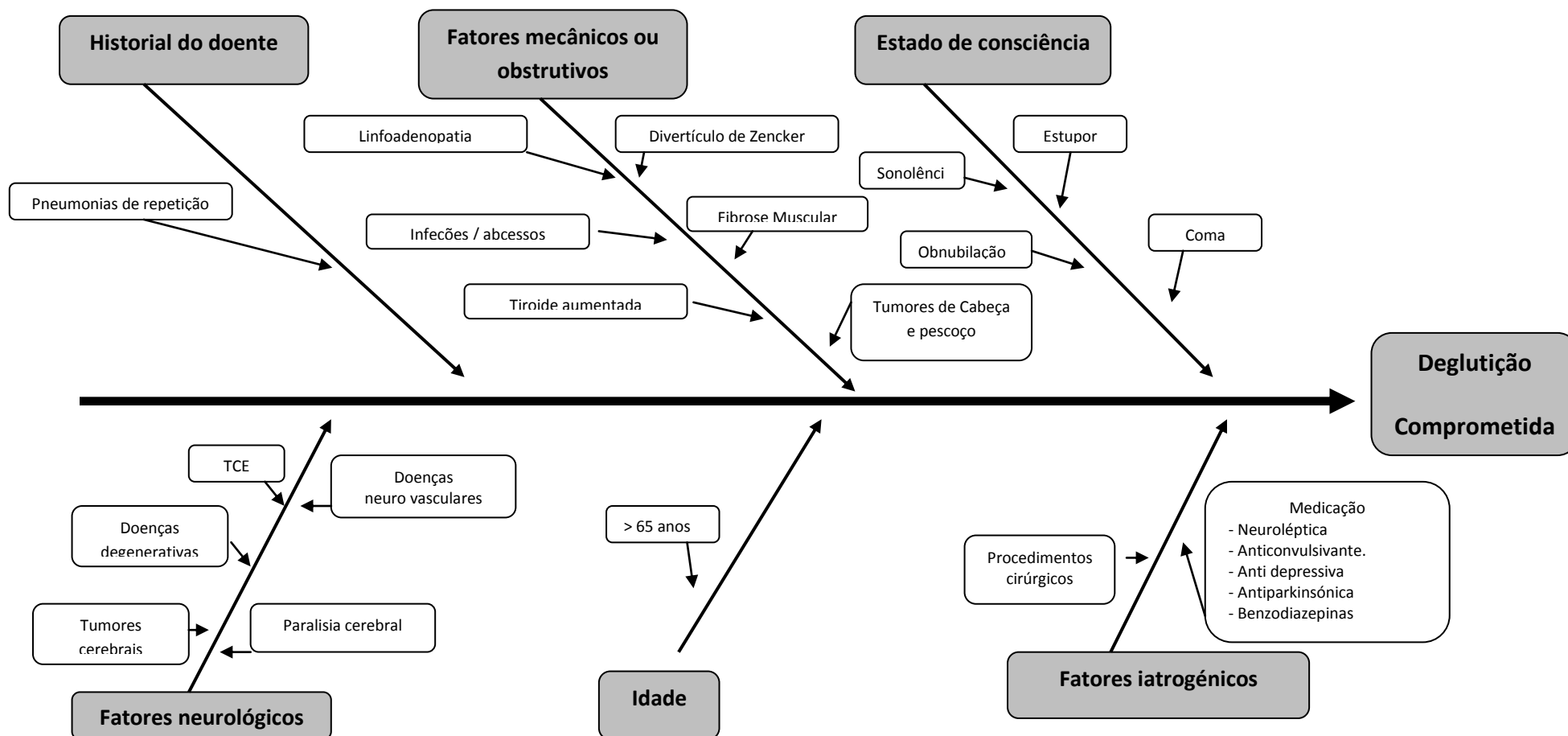
4 - PERCEBER AS CAUSAS

Para percebermos as verdadeiras causas é importante, para além da revisão bibliográfica efetuada, perceber quais as causas locais mais implicitamente relacionadas. Neste sentido é importante envolver a equipa na sua identificação. Serão os enfermeiros que prestam cuidados os que têm mais proximidade com as causas locais, com a sua origem e contextualização., sendo também os que podem fornecer dados mais relevantes.

Foram realizadas 2 reuniões, uma para os serviços de medicina 1 e 2 e outra para o serviço de medicina 3 e 4, nas quais teve lugar uma discussão relacionada com as causas para a problemática da deglutição comprometida. Foi consensual a importância e pertinência desta temática, sendo também opinião unânime que era uma área onde existia uma lacuna na intervenção de enfermagem, assim como na própria avaliação. Como causas mais frequentes para a deglutição comprometida foi geral a opinião das doenças neurológicas como o AVC e as doenças do foro respiratório, sobretudo as que provocam maior incidência de broncorreia. Foi também salientado o *deficit* formativo da generalidade dos enfermeiros nesta área e a necessidade de melhor articulação entre os diferentes elementos da equipa de profissionais de saúde.

De forma a ter uma visualização mais esquematizada das causas do problema, será apresentado um diagrama de causa efeito (*Ishikawa* ou espinha de peixe).

Diagrama de causa efeito (Ishikawa ou espinha de peixe)



A prossecução do projeto respeitará os passos que a seguir se apresentam:

a) Identificação das dimensões em estudo

- Efetividade – No sentido de utilizar da melhor forma as competências adquiridas por profissionais de enfermagem que investiram em formação na área da reabilitação e proporcionar às pessoas com deglutição comprometida um acompanhamento especializado e personalizado de forma a capacitá-las no seu auto cuidado, na prevenção de complicações e na readaptação funcional
- Adequação técnico científica – De forma a otimizar as competências técnico científicas dos enfermeiros na área dos cuidados prestados à Pessoa com deglutição comprometida

b) Unidades de estudo

- Utilizadores incluídos na avaliação – Utentes admitidos nos serviços de medicina interna do CHMT
- Profissionais – enfermeiros generalistas e especialistas em enfermagem de reabilitação dos serviços de medicina interna do CHMT
- Período de tempo – Ano de 2015

c) Tipos de dados a colher

- Os dados recolhidos serão para a produção de indicadores de estrutura, de resultado e epidemiológicos

d) Fonte de dados

- Movimento de utentes do serviço (movimento assistencial)
- *SClinico*
- Auditoria clínica ao processo de enfermagem

e) Tipo de avaliação

- Pelo elo de ligação aos PPQCE e Inter pares

f) Critérios de avaliação

CrITÉRIOS	Exceções	Esclarecimentos
1 – Pessoas internados nos serviços de medicina interna do CHMT em situação de risco de deglutição comprometida	1 – Pessoas com menos de 24 horas de internamento	Considera-se Pessoas em situação de risco os que apresentem patologias do foro neurológico, que tenham sido submetidos a procedimentos Cirúrgicos (ex. ablação de tumores da cabeça e pescoço, traqueostomias), o uso de medicação neuroléptica, anti-convulsivante, anti-depressiva, anti-parkinsoniana e benzodiazepinas e com patologias obstrutivas mecânicas da cabeça e pescoço (exemplos: tumores, bócio, abscesso, entre outras)
2 – Pessoas com deglutição comprometida	2 – Pessoas com menos de 24 horas de internamento	

g) Colheita de dados

- Elo de ligação ao PPQCE

h) Relação temporal

- Avaliação retroespéctiva

i) Definição da população e seleção da amostra

- Amostra de base institucional ou populacional

j) Medidas corretivas/intervenção prevista

- Assistencial:
 - Avaliar as necessidades da pessoa e prestador de cuidados/família
 - Elaborar plano de cuidados personalizado/especializado
 - Reavaliar periodicamente a Pessoa e o prestador de cuidados/família
- Educacional:

- Ensinar, instruir e treinar a Pessoa com deglutição comprometida e prestador de cuidados/família
- Disponibilizar folhetos informativos à pessoa prestador de cuidados/família
- Efetuar formação em serviço sobre cuidados de enfermagem à Pessoa com deglutição comprometida
- Treinar a equipa de enfermagem na área de intervenção à Pessoa com deglutição comprometida

Como recursos fundamentais para a prossecução dos objetivos do projeto considera-se imprescindível a manutenção de um enfermeiro de reabilitação em exercício efetivo e exclusivo de funções em cada serviço de medicina. A não existência desde requisito fundamental inviabilizará a realização do projeto.

4.1 – Critérios de qualidade

Neste ponto será importante definir quais os critérios de qualidade que devem nortear a intervenção do enfermeiro.

Quadro 4 Critérios de qualidade na intervenção de enfermagem face à Pessoa com deglutição comprometida

Critérios de qualidade	Observações
Execução de anamnese e exame físico	Na avaliação inicial
Avaliação morfodinâmica ou estrutural que engloba a avaliação da mobilidade e dos órgãos funcionais de deglutição	Na avaliação inicial e preferencialmente por enfermeiro de reabilitação
Execução do teste de ingestão oral	Antes de iniciar a alimentação, sempre que exista suspeita de deglutição comprometida. Preferencialmente por enfermeiro de reabilitação
Implementação de medidas gerais de adaptação à disfagia	Enfermeiro generalista
Medidas de enfermagem de reabilitação na deglutição (<i>exercícios de fortalecimento dos lábios, língua e palato mole, exercícios de resistência muscular da região cervical e exercícios de controlo do bolo alimentar</i>)	Enfermeiro de reabilitação
Implementação de posturas e técnicas de deglutição compensatórias	

Adequação da dieta à alteração da deglutição	Enfermeiro generalista
--	------------------------

5 – PLANEAR E EXECUTAR AS TAREFAS/ATIVIDADES

Para a concretização desta fase foi de indubitável relevância as reuniões informais concretizadas com os elementos da equipa, pois para além da sua participação na identificação e contextualização das causas, existe um subsequente planeamento que urge trabalhar em conjunto, procurando adquirir sinergias e o envolvimento de todos.

É nesta fase que já é possível formular os objetivos definitivos do projeto. Desta forma este projeto tem como objetivo geral:

- Promover a qualidade de vida da Pessoa/utente com deglutição comprometida

E como objetivos específicos:

- Criar um protocolo relacionado com os cuidados à Pessoa com deglutição comprometida;
- Criar uma pasta informatizada atualizada com informação diversa sobre a deglutição comprometida;
- Monitorizar a taxa de incidência de utentes com deglutição comprometida;
- Monitorizar a taxa de prevalência de utentes com deglutição comprometida;
- Garantir que a taxa de ganho de funcionalidade na deglutição se situe acima dos 50%;
- Garantir que a taxa de efetividade na prevenção de complicações (aspiração) se situe acima dos 90%;
- Garantir que a taxa de efetividade na aplicação do protocolo se situe acima dos 75%;

- Garantir que a taxa de modificação positiva no status do diagnóstico (conhecimento demonstrado do utente/prestador de cuidados relacionadas com as medidas de adaptação à disfagia) se situe acima dos 75%.

Partindo dos objetivos formulados, torna-se necessário elencar um conjunto de atividades e de indicadores, de forma a permitir quantificar, monitorizar, reavaliar e gerir todo o processo.

As atividades a serem desenvolvidas são as seguintes:

- Revisão bibliográfica / Revisão sistemática da literatura;
- Criação de 2 reuniões anuais com as equipas de enfermagem dos serviços de forma a poder reavaliar e reestruturar o projeto;
- Realização de um momento formativo formal relacionado com os cuidados de enfermagem à Pessoa com deglutição comprometida, com a duração mínima de 2 horas, podendo ser agendados outros momentos se adequado (mudanças na constituição dos elementos da equipa ou alteração pertinente da evidência científica sobre a temática);
- Implementação de momentos formativos informais com o apoio dos enfermeiros de reabilitação que se devem afirmar como peritos no seio da equipa nesta área de intervenção da enfermagem;
- Elaboração de um protocolo “cuidados de enfermagem à Pessoa com deglutição comprometida” para ser implementado por enfermeiros generalistas e especialista em enfermagem de reabilitação nos serviços de medicina interna do CHMT (Anexo 1);
- Elaboração de uma grelha de auditoria clínica ao protocolo (Anexo 2);
- Organização de uma pasta informática onde será colocada informação diversa sobre a deglutição comprometida, incluindo artigos científicos de maior evidência científica, assim como o protocolo elaborado e outras recomendações;

- Relatório anual do projeto com monitorização e reavaliação dos indicadores.

Os indicadores que irão permitir monitorizar o projeto são os seguintes:

Quadro 5 Indicadores do projeto “cuidados de enfermagem à Pessoa com deglutição comprometida

Tipo de indicador	Indicador	Fórmula / evidência
Estrutura	Protocolo “cuidados à Pessoa com deglutição comprometida”	Evidência da existência de um protocolo
	Pasta informatizada onde será colocada informação diversa sobre a deglutição comprometida	Evidência da existência da pasta informatizada
Epidemiológicos	Taxa de incidência de utentes com deglutição comprometida	Número de casos novos de utentes com deglutição comprometida num ano/População existente num ano (Número de utentes saídos)
	Taxa de prevalência de utentes com deglutição comprometida	Número de casos de utentes com deglutição comprometida num ano/População existente num ano (Número de utentes saídos)
Resultado	Taxa de ganho de funcionalidade na deglutição	Número de pessoas com modificação positiva no diagnóstico no status de diagnóstico deglutição comprometida / número total de Pessoas com o diagnóstico de deglutição comprometida X 100
	Taxa de efetividade na prevenção de complicações (aspiração)	Número de casos com risco de aspiração (sem aspiração) e que tiveram pelo menos uma intervenção documentada / número de casos com risco de aspiração documentada X 100
Resultado	Taxa de efetividade na aplicação do protocolo	Número de conformidades na aplicação do protocolo/nº total de itens de avaliação X 100 – ver grelha de auditoria à aplicação do protocolo
	Taxa de modificação positiva no status do diagnóstico conhecimento demonstrado do utente/prestador de cuidados relacionadas com as medidas de adaptação à deglutição comprometida	Número de prestadores de cuidados com ganhos de conhecimento (conhecimento demonstrado) / Nº total de prestadores com potencial (conhecimento não demonstrado)

Cronograma de atividades

Atividades	Calendarização														
	2014		2015												2016
	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan
Revisão da literatura															
Criação de 2 reuniões anuais com as equipas de enfermagem															
Implementação de momentos formativos informais com o apoio dos enfermeiros de reabilitação															
Realização de um momento formativo formal															
Elaboração de um protocolo “cuidados de enfermagem à Pessoa com deglutição comprometida”															
Elaboração de uma grelha de auditoria clínica ao protocolo															
Organização de uma pasta informatizada															
Relatório anual															

6 – VERIFICAR OS RESULTADOS

Os resultados serão avaliados finda a realização das tarefas preconizadas. Será feito uma reapreciação crítica de todo o projeto tendo por base os resultados obtidos e os existentes antes da sua implementação. Neste capítulo assume especial relevância o relatório final que englobará uma análise crítica das atividades desenvolvidas, assim como concretizará uma análise estatística relacionada com o processo de monitorização dos diversos indicadores.

A descrição dos resultados obtidos anualmente (ano de 2015) resumirá a concretização dos objetivos e indicadores traçados.

Poderá ser necessário um acompanhamento de maior acuidade a algum indicador, pelo que se prevê existir um processo de supervisão contínua no decorrer do projeto e no desenvolvimento dos resultados dos indicadores.

7 - PROPOR MEDIDAS CORRETIVAS, STANDARDIZAR E TREINAR A EQUIPA

Propõe-se a participação de todos os elementos da equipa, embora os enfermeiros de reabilitação possam assumir um papel mais preponderante, como peritos na temática.

Privilegiar-se-á a formação inter pares informal, na ação, refletindo e confrontando as práticas quotidianas com a mais recente evidência científica. Contudo será disponibilizado formação mais formal em formato de formação em serviço de forma a garantir uma aquisição o mais uniforme possível do conhecimento. No final com o consequente treino da equipa pretende-se que detenha competências plenas na intervenção do enfermeiro face ao utente com deglutição comprometida.

O processo será estandardizado de forma escrita sob a forma de protocolo.

8 – RECONHECER E PARTILHAR O SUCESSO

A própria candidatura deste projeto na Ordem dos Enfermeiros assume-se como veículo de informação e partilha de saberes/experiências. Prevê-se que este projeto possa ser publicado no sítio da *internet* da Ordem dos Enfermeiros

e do próprio CHMT favorecendo a replicabilidade do projeto, uma vez que o tema aparenta ser transversal a várias realidades profissionais.

9 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

A deglutição comprometida é uma realidade bem presente nos utentes de medicina do CHMT, o qual ainda não tem uma resposta sustentada e específica. Partindo deste pressuposto o projeto foi desenhado com base na crescente solicitação de avaliação e intervenção à pessoa com deglutição comprometida, reconhecendo-se a urgência de uma atenção sistematizada e mais especializada.

É com este sentir que o CHMT pretende caminhar rumo a uma enfermagem de excelência e de inovação apostando fortemente na qualidade dos seus recursos humanos e na melhoria da qualidade de vida da população que serve.

10 – BIBLIOGRAFIA

CABRE, M.; SERRA-PRAT, M.; PALOMERA, E.; ALMIRALL, J.; PALLARES, R. ; CLAVÉ, P. - Prevalence and prognostic implications of dysphagia in elderly patients with pneumonia - **Age and aging**. Nº39 (2010) pag 39-45 [Consultado em 19/12/2014]. Disponível em <http://ageing.oxfordjournals.org/content/39/1/39.full.pdf+html>

CANADIAN STROKE NETWORK; HEART & STROKE FOUNDATION OF CANADA (2008) - **Selected topics in stroke management. Dysphagia assessment. In: Canadian best practice recommendations for stroke care.** [Consultado em 19/12/2014] Disponível em :<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2586332/pdf/20081202.1s00001pS1.pdf>

CARDOSO, A.; RAÍNHO, J.; QUITÉRIO, P.; CRUZ, V.; MAGANO, A.; CASTRO, M. - Avaliação clínica não-invasiva de disfagia no AVC - Revisão sistemática - **Revista de Enfermagem Referência**. III Série Nº5 (2011) 135-143 [Consultado em 19/12/2014]. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=18&sid=6e25b0bf->

[62c8-4238-a3b0-904247c0c5af%40sessionmgr114&hid=101](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2009.02797.x/pdf)

CICHERO, J.; HEATON, S.; BASSETT, L. - Triaging dysphagia: nurse screening for dysphagia in an acute hospital - **Journal of Clinical Nursing**. Nº18 (2009) 1649-1659 [Consultado em 19/12/2014]. Disponível em <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2009.02797.x/pdf>

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2010) – Acidente vascular cerebral – Itinerários clínicos. Lisboa: Lidel

DONABEDIAN, A. - Evaluating the Quality of Medical Care - **The Milbank Quarterly**. Vol. 83, No. 4 (2005) 691–729 [Consultado em 19/12/2014]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690293/pdf/milq0083-0397.pdf>

EISENSTADT, E. - Dysphagia and aspiration pneumonia in older adults - **Journal of the American Academy of Nurse Practitioners**. Nº22 (2010) 17–22 [Consultado em 19/12/2014]. Disponível em <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1745-7599.2009.00470.x/pdf>

FOLEY, N.; MARTIN, R.; SALTER, K.; TEASELL, R. - A review of the relationship between dysphagia and malnutrition following stroke. - **Journal Rehabilitation Medicine**. Nº41 (2009) 707-713 [Consultado em 19/12/2014]. Disponível em <http://www.medicaljournals.se/jrm/content/?doi=10.2340/16501977-0415&html=1>

[HAMMOND, C.A.](#); [GOLDSTEIN, L.B.](#) (2008) **Cough and aspiration of food and liquids due to oral-pharyngeal dysphagia: ACCP evidence-based clinical practice guidelines**. [Consultado em 19/12/2014] Disponível em <http://journal.publications.chestnet.org/data/Journals/CHEST/22039/154S.pdf>

HEART & STROKE FOUNDATION OF ONTARIO (2011). **Stroke assessment across de continuum of care**. [Consultado em 19/12/2014] Disponível em <http://guideline.gov/content.aspx?id=34755>

HOEMAN, S. (2011) - *Enfermagem de Reabilitação*. Loures: Lusodidata

HUGHES, S. - Management of dysphagia in stroke patients - **Nursing older people**. (2011) [Consultado em 19/12/2014]. Disponível em <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=25&sid=0ddfec11-90a9-44ac-ba4c-0a64bed8e6ee%40sessionmgr4002&hid=4212>

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSING (1999) – **CIPE/ICNP Classificação Internacional para a prática de Enfermagem**. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros

MENOITA, E. (2012) - **Reabilitar a pessoa idosa com AVC -**

Contributos para um envelhecer resiliente. Loures: Lusodidata

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (2013) **Stroke rehabilitation- Long-term rehabilitation after stroke – a clinical guideline**. [Consultado em 19/12/2014]. Disponível em: <http://guidance.nice.org.uk/cg162>

NATIONAL STROKE FOUNDATION (2010) - **Managing complications. In: Clinical guidelines for stroke management**. [Consultado em 19/12/2014] Disponível em <http://www.guideline.gov/content.aspx?id=24174&search=clinical+guidelines+for+stroke+management>.

NATIONAL STROKE FOUNDATION (2010). **Rehabilitation in Clinical Guidelines for Stroke Management**. [Consultado em 19/12/2014] Disponível em <http://www.nhmrc.gov.au/files/nhmrc/publications/attachments/cp126.pdf>

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2001) – **Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem – Enquadramento conceptual/ Enunciados descritivos**. Lisboa: Conselho de Enfermagem

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2009). **Caderno Temático: Modelo de Desenvolvimento Profissional – Sistema de Individualização das**

Especialidades Clínicas em Enfermagem. Lisboa: Conselho de Enfermagem.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010) – **Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação.**

Lisboa [Consultado em 19/12/2014]. Disponível em

http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao_aprovadoAG20Nov2010.pdf

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2011) – **Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Reabilitação.**

Lisboa.[Consultado em 19/12/2014]. Disponível em

<http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/documents/pgceereabilitacao.pdf>

RICHMAN, S.; CABRERA, G. - Stroke Rehabilitation: Evaluation and Interventions for Neurogenic Dysphagia - **Cinahl Information Systems.** (2013)

[Consultado em 19/12/2014] Disponível em

<http://web.b.ebscohost.com/nrc/pdf?vid=13&sid=5fe3b1cf-f857-4e3c-99cf-fa1e9ef771df%40sessionmgr111&hid=101>

SACKETT, D.L.; STRAUS, S.E.; RICHARDSON, W.S.; ROSENBERG, W.; HAYNES, R.B.(2000) - **Evidence-Based Medicine: How to Practice and Teach EBM.** Edimburgo: Churchill Livingstone

SANTORO, P. - Disfagia orofaríngea: panorama atual, epidemiologia, opções terapêuticas e perspectivas futuras - **Revista CEFAC.** Vol 10, Nº41 (2008)

[Consultado em 19/12/2014]. Disponível em

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-18462008000200002&script=sci_arttext

SCOTTISH INTERCOLLEGIATE GUIDELINES NETWORK (2010) - **Management of patients with stroke: rehabilitation, prevention and management of complications, and discharge planning. A national clinical guideline.** [Consultado em 19/12/2014] Disponível em

<http://www.guideline.gov/content.aspx?id=23849&search=management+of+patients+with+stroke%3a+rehabilitation>

SCOTTISH INTERCOLLEGIATE GUIDELINES NETWORK (2012).

Management of patients with stroke: identification and management of dysphagia. A national clinical guideline. [Consultado em 19/12/2014] Disponível em <http://www.guideline.gov/content.aspx?id=23848&search=stroke+and+dysphagia>

SECÇÃO REGIONAL DO SUL DA ORDEM DOS ENFERMEIROS (2013). **Guião para a Organização de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – Programa Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem**

SERRA-PRAT, M.; PALOMERA, E.; GOMEZ, C.; SHALOM, D.; SAIZ, A.; MONTOYA, J.; NAVAJAS, M.; CLAVÉ, P. - Oropharyngeal dysphagia as a risk factor for malnutrition and lower respiratory tract infection in independently living older persons: a population-based prospective study - **Age and aging**. Nº41 (2012) pag.376-381 [Consultado em 19/12/2014]. Disponível em <http://ageing.oxfordjournals.org/content/41/3/376.full.pdf+html>

TAKAHATA, H; TSUTSUMI, K; BABA, H; NAGATA, I. ;YONEKURA, M. - **Early intervention to promote oral feeding in patients with intracerebral hemorrhage: a retrospective cohort study.** (2011) [Consultado em 19/12/2014] Disponível em <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=a11495ea-36e2-42b4-9885-ab4481588d60%40sessionmgr110&vid=4&hid=124>

WORLD GASTROENTEROLOGY ORGANISATION (2007) **World Gastroenterology Organisation Practice Guidelines: Dysphagia** [Consultado em 19/12/2014] Disponível em: http://www.worldgastroenterology.org/assets/downloads/fr/pdf/guidelines/dysphagia_fr.pdf

ANEXOS

ANEXO 1 - Protocolo “Cuidados de Enfermagem à Pessoa com deglutição comprometida”

1. Objetivo

- Uniformizar os cuidados de enfermagem na avaliação da deglutição;
- Detetar precocemente alterações na deglutição;
- Minimizar a ocorrência de complicações decorrentes da disfagia;
- Definir uma metodologia de atuação em utentes com alterações na deglutição;
- Minimizar a ocorrência de complicações decorrentes da disfagia;
- Uniformizar os cuidados de enfermagem;
- Assegurar que no regresso a casa, o utente/prestador de cuidados esteja capacitado para dar continuidade às medidas para adaptação à disfagia.

2. Âmbito

- Aplica-se a todos os utentes do CHMT que apresentem deglutição comprometida ou risco de deglutição comprometida.

3. Definições

Deglutição: Deglutição é um tipo de digestão com as características específicas: passagem dos líquidos e dos alimentos fragmentados pela boca com movimentos da língua e dos músculos, através da garganta e do esófago para o estômago (CIPE, 2002). Esta pode ser dividida em quatro fases.

Fase oral preparatória é uma fase voluntária responsável pela preparação do alimento para ser deglutido, envolvendo a fase da mastigação e a formação do bolo alimentar coeso pela mistura com a saliva. Durante este processo as vias aéreas permanecem abertas e persiste a respiração nasal.

Fase oral é uma fase voluntária que começa quando a língua empurra o bolo alimentar em direção à orofaringe. É controlada pelos pares cranianos V, VII e XII.

Fase faríngea é uma fase reflexa e é iniciada voluntariamente depois de iniciada não pode ser interrompida. A respiração é inibida durante esta fase e são enviados impulsos nervosos ao centro de deglutição no tronco cerebral através do nervo glossofaríngeo (IX). Os V, VII, X, XII pares cranianos transportam os impulsos motores que produzem o reflexo de deglutição.

Fase esofágica é durante esta fase que a deglutição fica concluída, sendo a onda peristáltica que encaminha o bolo alimentar até o estômago.

Aprendizagem de capacidades: aquisição do domínio de atividades práticas associada a treino, prática e exercício (CIPE, 1999).

Conhecimento: Conteúdo específico de pensamento baseado na sabedoria adquirida, na informação ou aptidões aprendidas, conhecimento e reconhecimento de informação (CIPE, 1999).

Nº DOC	ELABORADO	VERIFICADO	APROVADO	DATA	PÁG. Nº.
PT.GRL					1/9

Disfagia: é um distúrbio da deglutição decorrente de causas neurológicas e/ou estruturais.

Prestador de Cuidados: Aquele que assiste na identificação, prevenção ou tratamento da doença ou incapacidade, aquele que atende às necessidades de um dependente (CIPE, 2005).

Aspiração: é um tipo de limpeza das vias aéreas com as características específicas: inalação de substâncias provenientes do exterior ou do estômago para as vias aéreas inferiores (CIPE, 2002).

Classificação da Consistência dos Alimentos líquidos (American Diet Assotiation, 2003):

Líquidos: Água, caldo de carne, leite, sumos de fruta, café, chá e suplementos nutricionais.

Consistência de néctar: são líquidos suficientemente finos para serem bebidos por palhinha ou copo (néctares, batidos de fruta ou iogurtes líquidos).

Consistência de mel: são líquidos suficientemente espessos para serem comidos por colher e que não têm capacidade de serem bebidos através de uma palhinha (iogurtes líquidos espessos, molho de tomate, mel, compotas).

Consistência de colher: são líquidos que têm de ser comidos por colher e adquirem forma (por exemplo pudins e gelatinas).

Classificação da Consistência dos Alimentos sólidos (American Diet Assotiation, 2003):

Nível 1: puré para disfagia pura: homogêneos, consistentes, género pudim, requerendo muito pouca capacidade de mastigação.

Nível 2: disfagia por alteração da mecânica: consistente, húmida, alimentos semi sólidos, requerendo alguma capacidade de mastigação.

Nível 3: Disfagia avançada: alimentos moles que requeiram maior capacidade de mastigação.

Nível 4: Normal: qualquer textura sólida.

4. Avaliação da deglutição

4.1 – Responsável pela execução

Enfermeiro responsável pelos cuidados ao utente e Enfermeiro Especialista de Reabilitação.

4.2 – Considerações

A disfagia pode ser uma consequência de várias patologias em que têm como principal fator comum uma alteração na deglutição. Esta situação pode conduzir a complicações tais como pneumonia de aspiração, asfixia, desnutrição e desidratação, interferindo quer na recuperação do utente quer na sua qualidade de vida.

Nº DOC	ELABORADO	VERIFICADO	APROVADO	DATA	PÁG. Nº.
PT.GRL					2/9

4.2. 1 – Utentes com maior risco de alteração da deglutição

- Utentes com alterações mecânicas e/ou obstrutivas, tais como: infeções respiratórias, linfadenopatia, divertículo de Zencker, tireomegália, osteófitos cervicais, doenças esofágicas, neoplasias e estenose esofágica.
- Utentes com distúrbios neurológicos, neuro vasculares e neuromusculares, nomeadamente: Acidente Vascular Cerebral, Doença de Parkinson, Esclerose Lateral Amiotrófica, Esclerose Múltipla e Miastenia Gravis.
- Utentes com disfunções iatrogénicas provocados por tratamentos cirúrgicos da cabeça e pescoço, tais como traqueostomizados ou a ablação da língua e a utilização de alguns medicamentos, como neurolépticos, anti parkinsónicos e anticonvulsivantes e antidepressivos.
- Utentes com alteração do estado consciência.

4.2.2 – Fatores potencialmente desencadeantes de alterações na deglutição

- Atenção reduzida
- Ausência de tosse
- Presença de tosse que se agrava durante as refeições
- Excesso de secreções
- Diminuição de força e dos movimentos orais
- Pneumonias de aspiração
- Alterações da voz: rouquidão, voz entrecortada, nasalada


4.3 – Avaliação

A avaliação tem como objetivo obter o máximo de informações através de uma colheita de dados para determinar as intervenções a implementar.

4.3.1 – Anamnese e Exame Físico

- Idade do doente
- Condição física
- Historial clínico (infeções respiratórias de repetição)
- Diagnóstico neurológico
- Estado de consciência
- Características da respiração
- Avaliação do reflexo da tosse
- Hábitos alimentares
- A qualidade da articulação do discurso
- A presença de sialorreia/ xerostomia

Nº DOC	ELABORADO	VERIFICADO	APROVADO	DATA	PÁG. Nº.
PT.GRL					3/9

 CHMT CENTRO HOSPITALAR MÉDIO TEJO, E.P.E.	PROTOCOLO
	<i>Avaliação e cuidados de enfermagem à Pessoa com deglutição comprometida</i>

- A duração da refeição

4.3.2 - Avaliação morfodinâmica ou estrutural que engloba a avaliação da mobilidade e dos órgãos funcionais de deglutição, nomeadamente:

- Controlo cervical e do tronco;
- Habilidade para comer e beber (procurando-se identificar a autonomia para alimentação segura);
- Estado de conservação dentária e próteses,
- Face (simetria)
- Lábios (simetria, encerramento);
- Língua (mobilidade e integridade),
- Qualidade vocal,
- Sensibilidade na região peri-bucal.

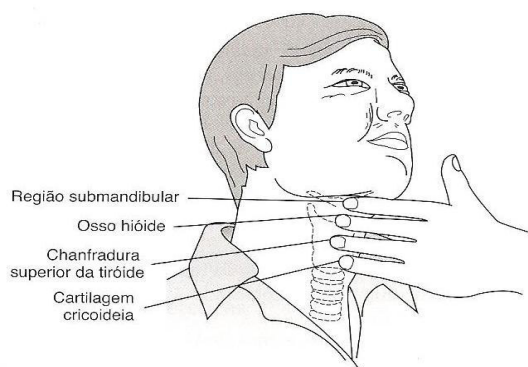
4.3.3 – Teste de ingestão oral

O teste da deglutição visa complementar as informações obtidas pela colheita de dados e deverá ser executado preferencialmente por enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação.

Técnica a utilizar (Apenas em doentes conscientes)

- 1- Avaliar se o utente consegue permanecer na posição de sentado segura;
- 2- Dar-lhe 10 ml de água, três vezes consecutivas;
- 3- Caso não apresente dificuldade pedir ao utente para beber 30 ml, se não apresentar sinais de disfagia convidar a beber o resto do copo.
- 4- Perante alteração, repetir o teste modificando a consistência da água progressivamente através da adição de espessante alimentar (primeiro na consistência de néctar, consistência de mel e consistência de colher), até se concluir qual a adequação à deglutição segura.
- 5- Após cada fase deve avaliar-se:
 - *Qualidade vocal, tosse ou engasgamento, pigarro, refluxo nasal e características da respiração;*
 - *Oximetria periférica;*
 - *Elevação laríngea - posicionando o examinador o seu 2º dedo na região submandibular, o 3º dedo no osso hióide, percebe-se o movimento laríngeo;*

Nº DOC	ELABORADO	VERIFICADO	APROVADO	DATA	PÁG. Nº.
PT.GRL					4/9



- *Auscultação cervical – antes, durante e após a deglutição.*

4.4 – Avaliação e reavaliação

Na admissão do utente e sempre que haja alteração na situação clínica que implique risco de disfagia.

4.5 – Registos

- Os registos são efetuados no aplicativo *SCLínico* e, em caso de falha, nos impressos definidos para o efeito.

- Na aplicação informática *SCLínico*:

- Item avaliação inicial;
- Item processo de enfermagem: foco **DEGLUTIÇÃO**, com o respetivo status do diagnóstico:

Eixo B – Juízo – **Comprometida:**

- ✓ Em grau reduzido (deglute com dificuldade líquidos e sólidos)
- ✓ Em grau moderado (não deglute líquidos)
- ✓ Em grau elevado (não deglute líquidos e sólidos)

Nº DOC	ELABORADO	VERIFICADO	APROVADO	DATA	PÁG. Nº.
PT.GRL					5/9

5. Cuidados de enfermagem à Pessoa com deglutição comprometida

5.1 – Responsável pela execução

Enfermeiro responsável pelo utente e Enfermeiro Especialista de Reabilitação.

5.2 – Prescrição

- A prescrição de dieta é realizada pelo médico na folha terapêutica ou aplicação informática, para posterior fornecimento pelo serviço de Alimentação e Dietética;
- A personalização/individualização da dieta implica uma avaliação multidisciplinar (médico, enfermeiro, dietista).

5.3 – Medidas de adaptação à disfagia

5.3.1 - Medidas gerais de adaptação à disfagia

- Manter posição de sentado durante a alimentação (cotovelos e pés apoiados quando na cadeira);
- Se possível, incentivar a pessoa a alimentar-se sozinha, pois acionam-se os automatismos da deglutição, facilitando o processo;
- Evitar distrações (TV, conversas paralelas, etc);
- Adequar dieta ao tipo de disfagia:
 - Instituir dieta pastosa tipo “semi-líquida I ou II” (consistência puré e nunca granulosa) na disfagia a líquidos;
 - Instituir dieta “líquida” ou “semi-líquida I ou II” na disfagia a sólidos;
- Espessar os alimentos de acordo com a consistência segura testada previamente. Na hidratação utilizar água com espessante;
- Mostrar disponibilidade (sentar-se) e explicar os procedimentos;
- No caso da Pessoa com AVC, flectir e rodar o pescoço para o lado afetado. Se a dificuldade for apenas na fase oral, a extensão da cabeça facilita a drenagem gravitacional, melhorando a velocidade do trânsito oral;
- Restringir o tamanho do bolo alimentar (colher de sobremesa). A técnica correta é colocar a colher na metade posterior da língua, pressionando ligeiramente para baixo. Se o doente tiver parésia ou paralisia facial/língua, a colocação correta é no lado não afetado;
- Assegurar o encerramento labial (caso contrário a deglutição não se processa);

Nº DOC	ELABORADO	VERIFICADO	APROVADO	DATA	PÁG. Nº.
PT.GRL					6/9

- Se necessário, ajudar a progressão dos alimentos na mastigação, executando movimentos circulares bilateralmente, com os dedos na face do utente;
- Orientar, se necessário, a deglutição verbalmente.

Se doente com afagia:

- Colocação de sonda nasogástrica e iniciar alimentação entérica;
- Manter higiene rigorosa da boca, privilegiando a hidratação das mucosas, de forma a otimizar as estruturas para eventual recuperação funcional da deglutição;
- Reavaliar a capacidade/incapacidade para a deglutição, de acordo com a evolução clínica.

Planeamento da alta/continuidade de cuidados:

- Planear momento de ensino com o utente/ prestador de cuidados (prestador de cuidados se o utente não apresentar competências cognitivas e de aprendizagem, que lhe permitam apreender a informação transmitida);
- Instruir/ treinar o utente/prestador de cuidados sobre medidas de adaptação à disfagia.

5.3.2 – Medidas de enfermagem de reabilitação na deglutição

4.3.2.1 – Fortalecimento Muscular

(Posicionar a pessoa e executar os exercícios em frente a um espelho, se possível)

Exercícios de fortalecimento dos lábios: retrain, lateralizar, segurar espátula entre os lábios, soprar e assobiar.

Exercícios de fortalecimento da língua: lateralização da língua, elevação da língua em direção ao palato duro (estalar a língua), protruir a língua, retrain a língua, elevar e baixar a ponta da língua, “varrer” com a língua o palato antero-posteriormente, vibrar a língua, empurrar a espátula com ponta da língua e empurrar as bochechas com a ponta da língua.

Exercícios de fortalecimento para o palato mole: emitir “aaaaa”, “ããããã”, soprar e sugar.

Exercícios de resistência muscular da região cervical: devem ser executados com a pessoa em decúbito dorsal, mantendo o eixo corporal (só é possível em doentes colaborantes). Elevar a cabeça do leito e olhar para os pés, pretendendo-se a flexão cervical.

Nº DOC	ELABORADO	VERIFICADO	APROVADO	DATA	PÁG. Nº.
PT.GRL					7/9

Exercícios de controlo do bolo alimentar: lateralizar a língua durante a mastigação, elevar a língua em direção ao palato duro, modelar a língua em volta do bolo (“cupping”), para segurar de forma coesa, movimentar ântero-posteriormente a língua no início da fase oral.

5.3.2.1 – Posturas e técnicas de deglutição compensatórias

Posturas compensatórias

- Flexão da cabeça (baixar a cabeça até que o pescoço fique fletido e o queixo fique a $\frac{3}{4}$ da sua distância normal do tronco) – esta postura esconde a valécula; a epiglote encobre mais as vias aéreas, protegendo-as e diminuindo o risco de aspiração.
- Extensão da cabeça (elevar a cabeça para trás, lenta e suavemente) – permite deslocar os alimentos mais rapidamente ao longo da cavidade oral. Usar sempre que os movimentos da língua se encontrem reduzidos.
- Cabeça em flexão lateral para o lado afetado – aumenta a adução das cordas vocais; encerra a faringe do lado para o qual a cabeça está lateralizada, fazendo com que o bolo alimentar prossiga pelo lado oposto da faringe; reduz a tonicidade em repouso do músculo cricofaríngeo.

Técnicas de deglutição compensatórias

- “Double swallow” – esta consiste em deglutir duas vezes seguidas. Utilizada para pessoas com alterações no controlo do bolo alimentar.
- “Hard swallow” – consiste em deglutir com vigor. Indicada no caso de alterações na proteção da via aérea.
- “Lip Pursing” – a pessoa deve manter os lábios fechados com a ajuda da mão. Indicada nos casos de hipotonia labial e/ou alteração no controlo do bolo alimentar dentro da cavidade oral.

5.3.3 – Adequação da dieta


A adequação da dieta deve estar inserida numa abordagem multidisciplinar envolvendo médico, enfermeiro, dietista e/ou nutricionista.

A consistência da dieta deve adequar-se às características da disfagia, nomeadamente às patologias associadas e fases da deglutição.

Na fase oral preparatória poderá estar indicado alimentos de consistência mais líquida que facilitem o processo de mastigação.

A partir da fase oral e principalmente na fase faríngea poderá estar já indicado alimentos de características mais sólidas, preferindo-se a consistência em puré e evitando-se alimentos com consistência granulosa (exemplo arroz ou carne picada). Deverá utilizar-se espessante nos alimentos líquidos, sempre que necessário.

Nº DOC	ELABORADO	VERIFICADO	APROVADO	DATA	PÁG. Nº.
PT.GRL					8/9

 CHMT <small>CENTRO HOSPITALAR MÉDIO TEJO, E.P.E.</small>	PROTOCOLO
	<i>Avaliação e cuidados de enfermagem à Pessoa com deglutição comprometida</i>

Na fase esofágica poderá ser novamente necessário uma dieta com uma consistência mais líquida, nomeadamente em casos de estenose esofágica.

5.4 – Registos

- Os registos são efetuados no aplicativo *SClínico* e, em caso de falha, nos impressos definidos para o efeito.

Nº DOC	ELABORADO	VERIFICADO	APROVADO	DATA	PÁG. Nº.
PT.GRL					9/9

ANEXO 2 - Grelha de auditoria clínica à implementação do protocolo

LISTA DE VERIFICAÇÃO
AUDITORIA INTERNA – itens a considerar relacionados com
aplicação protocolo “Avaliação e cuidados de enfermagem à Pessoa com
deglutição comprometida”

AUDITORIA n.º: _____ **DATA:** ____ / ____ / ____ **HORA:** ____ : ____

UNIDADE: ☐ ABRANTES ☐ TOMAR ☐ TORRES NOVAS **SERVIÇO:** _____

Resp. Serviço / Dep: _____

Contatos efetuados: _____

Referência documental: _____

Outras referências: _____

Equipa auditora: _____

Nota: A aplicar aos utentes com o diagnóstico de deglutição comprometida

N.º	QUESTÕES	CONFORMIDADE			NA	OBSERVAÇÕES
		C (1)	C/ Obs. (0.5)	NC (0)		
A.	Avaliação da deglutição					
1.	Evidência da realização da anamnese / exame físico					
2.	Evidência da avaliação morfodinâmica ou estrutural					
3.	Evidência da execução do teste de ingestão oral					
4.	Evidência da formulação do diagnóstico e respetivo status					
B.	Intervenção					
5.	Evidência da implementação de pelo menos uma medida geral de adaptação à disfagia					
6.	Evidência da implementação de pelo menos uma medida de enfermagem de reabilitação na deglutição					
7.	Evidência da implementação de pelo menos uma medida de promoção da continuidade de cuidados/ planeamento do regresso a casa/alta hospitalar					
Totais						
Percentagem obtida						

A Equipa auditora:

