

DOUTORAMENTO

CIÊNCIAS DE ENFERMAGEM

A pessoa com deglutição
comprometida após o acidente
vascular cerebral: da evidência à
prática

Isabel de Jesus Oliveira

D

2022



Isabel de Jesus Oliveira. A pessoa com deglutição comprometida
após o acidente vascular cerebral: da evidência à prática

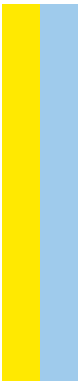


D.ICBAS 2022

A pessoa com deglutição comprometida após o acidente vascular
cerebral: da evidência à prática

Isabel de Jesus Oliveira

INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR



ISABEL DE JESUS OLIVEIRA

**A PESSOA COM DEGLUTIÇÃO COMPROMETIDA APÓS O
ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL: DA EVIDÊNCIA À PRÁTICA**

Tese de Candidatura ao grau de Doutor em
Ciências de Enfermagem;
Programa Doutoral da Universidade do Porto
(Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar),
nos termos do n.º 1 do artigo 7º do Regulamento n.º
707/2018, de 23 de outubro, Regulamento Geral dos
Terceiros Ciclos de Estudos da Universidade do Porto

Para a Cecília e o João...

*“Se não consegues voar então corre.
Se não consegues correr então anda.
Se não consegues andar então rasteja,
mas faça o que fizeres,
tens de continuar a seguir em frente.”*

Martin Luther King Jr.

AGRADECIMENTOS

Todo o trabalho de conceção, desenvolvimento e conclusão deste percurso de investigação nunca teria sido possível sem a valiosa ajuda e colaboração de várias pessoas a quem expresso a minha mais profunda gratidão:

- ao professor doutor Pedro Lopes Ferreira e ao professor doutor Germano Couto, para quem não existirão palavras suficientes para expressar o reconhecimento pela orientação e integridade, pelo entusiasmo e dedicação, pela amizade e, acima de tudo, pelo exemplo que são, permitindo-me apreciar verdadeiramente o caminho;
- à professora doutora Susana Vaz Freitas, que acompanhou os primeiros anos deste percurso, e que contribuiu para o aprofundamento do conhecimento nesta área;
- aos enfermeiros das Unidade de AVC, que acolheram a primeira parte deste percurso, que desde a primeira hora se comprometeram com este desafio e a todos os peritos que abnegadamente nele participaram;
- aos enfermeiros do serviço de Reabilitação de Adultos do Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro – Rovisco Pais por terem acreditado que era possível mudar, eles são o exemplo de que para mudar basta querer, assim como ao Sr. Enfermeiro Diretor e todo o Conselho de Administração, que abriram incondicionalmente as suas portas a este projeto;
- ao professor doutor Henrique Pereira e, na sua pessoa, à restante comunidade académica da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa, em especial aos que de forma direta ou indireta colaboraram com este percurso;
- à Carla Rodrigues, à Maribel Belo e ao Bruno Delgado, a quem não preciso de explicar muito... eles sabem porque estão aqui;
- à professora doutora Ana Albuquerque Queiroz, que me ensinou a *ser enfermeira*, por ter sido e continuar a ser a minha referência;
- à Dra. Ana Cristina Oliveira, pelo exaustivo trabalho de revisão linguística;
- aos meus pais, sem eles eu não seria nem estaria onde estou hoje;
- por último, mas não menos importante, aos meus filhos, eles são o meu tudo... resta-me pedir-lhes que me perdoem pelas ausências e pelo tempo roubado.

PRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO CIENTÍFICA ASSOCIADA AO PERCURSO DE INVESTIGAÇÃO

Artigos publicados

Oliveira, I.J., Couto, G.R., Vilares, R., Campolargo, A., Lima, C., & Ferreira, P.L. (2022). Best practice recommendations for dysphagia management in stroke patients: a consensus from a Portuguese expert panel. *Portuguese Journal of Public Health*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1159/000520505>

Oliveira, I.J., Ferreira, P.L., Miranda, M.V., Campos, C.S., Barreto, M.D., Correia, R.L., & Couto, G.R. (2021). Barnes-Jewish Hospital-Stroke Dysphagia Screen: results from the Portuguese version application. *Journal Health NPEPS*, 6(2), 73-89. <http://dx.doi.org/10.30681/252610105656>

Oliveira, I.J., Couto, G.R., Moreira, A., Gonçalves, C., Marques, M., & Ferreira, P.L. (2021). The Portuguese version of the Gugging Swallowing Screen: Results from its application. *Millenium*, 2(16), 93-101. doi: 10.29352/mill0216.24585

Oliveira, I.J., Almeida, S., Mota, L., & Couto, G. (2020). Concetualização dos cuidados de enfermagem à pessoa com deglutição comprometida após o acidente vascular cerebral. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(4), P20024. doi: 10.12707/RV20024

Oliveira, I.J., Couto, G., Mota, L. (2020). Nurses' preferred items for dysphagia screening in acute stroke patients. *Nursing Practice Today*, 7(3), 226-233. doi: 10.18502/npt.v7i3.3351

Oliveira, I.J., Couto, G., & Mota, L. (2019). Terapêuticas de enfermagem na pessoa após acidente vascular cerebral com deglutição comprometida. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(23), 133-140. doi:10.12707/riv19057

Oliveira, I.J., Mota, L., Freitas, S.V., & Ferreira, P.L. (2019). Dysphagia screening tools for acute stroke patients available for nurses: A systematic review. *Nursing Practice Today*, 6(3), 103-115. doi:10.18502/npt.v6i3.1253

Artigos submetidos

Oliveira, I.J., Ferreira, P.L., & Couto, G. (s.d.). Melhoria contínua como estratégia para a prática baseada na evidência no cuidado à pessoa com disfagia. *Revista de Enfermagem Referência*.

Publicações de resumos de comunicações em eventos científicos

Oliveira, I.J., & Mota, L. (12 de abril, 2019). *Instruções para o uso da GUSS*. Em: IV Conferência Internacional de Investigação em Saúde - Na Resposta ao Mundo em Mudança, 2019. Oliveira de Azeméis. Livro de Atas da IV Conferência Internacional de Investigação em Saúde - Na Resposta ao Mundo em Mudança, 47. <https://www.essnortecvp.pt/pt/investigacao/publicacoes/>

Oliveira, I.J. (2017). *Avaliação da disfagia no doente com AVC*. Em: Dias da Investigação da UFP, 2017. Porto. Livro de Resumos Dias da Investigação UFP 2017, 15. <http://gadi.ufp.pt/dias-da-investigacao-na-ufp/dias-da-investigacao-na-ufp-2017/>

Comunicações em eventos científicos com arbitragem (Comunicações orais e pósteres)

Oliveira, I.J., Campos, C., Correia, R., Barreto, M., & Marques, M. (6 de dezembro, 2019). *Protocolo do Estudo de Validação do Gugging Swallowing Screen e do Barnes-Jewish Hospital-Stroke Dysphagia Screen* [póster]. Congresso Internacional de Enfermagem de Reabilitação, Aveiro. **(Atribuída Menção Honrosa)**

Oliveira, I.J., Varzim, M., Moreira, A., Gonçalves, C., & Couto, G. (6 de dezembro, 2019). *Caracterização dos doentes admitidos nas unidades de AVC com deglutição comprometida* [Comunicação oral]. Congresso Internacional de Enfermagem de Reabilitação, Aveiro.

Oliveira, I.J., Couto, G.R., & Mota, L. (20 de novembro, 2019). *Clinical profile of patients admitted to acute stroke units* [Comunicação oral]. XXIII Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados (Investén-isciii), Unidad de Investigación en Cuidados de Salud, Subdirección General de Servicios Aplicados, Formación e Investigación del Instituto de Salud Carlos III, Barcelona.

Oliveira, I.J. Couto, G.R., & Mota, L. (20 de novembro, 2019). *Nurses' preferred items for dysphagia screening in acute stroke patients* [Comunicação oral]. XXIII Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados (Investén-isciii), Unidad de Investigación en Cuidados de Salud, Subdirección General de Servicios Aplicados, Formación e Investigación del Instituto de Salud Carlos III, Barcelona.

Oliveira, I.J., & Mota, L. (12 de abril, 2019). *Instruções para o uso da GUSS* [Comunicação oral]. IV Conferência Internacional de Investigação em Saúde – Na Resposta ao Mundo em Mudança, Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa, Oliveira de Azeméis.

Oliveira, I.J., Mota, L. & Delgado, B. (7 de dezembro, 2018). *Tradução e Adaptação Cultural da Gugging Swallowing Screen e do Barnes-Jewish Hospital-Stroke Dysphagia Screen* [Póster]. Congresso Internacional de Enfermagem de Reabilitação APER 2018, Évora.

Apresentação oral de trabalhos

Oliveira, I.J. (9 de outubro, 2019). *Capacitação do enfermeiro na pessoa com disfagia* [Workshop]. IX Jornadas de Enfermagem do Hospital de Santo Espírito da Ilha Terceira, Serviço Regional de Saúde – Açores, Praia da Vitória.

Oliveira, I.J. (29 de outubro, 2018). *Disfagia no utente com AVC e avaliação da deglutição com escala GUSS* [Conferência]. Evento Comemorativo do Dia Mundial do AVC, Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, Funchal.

Outros trabalhos

Oliveira, I. J. (2019). Intervenção comportamental na pessoa com deglutição comprometida. Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro – Rovisco Pais, Serviço de Reabilitação Geral de Adultos. (Formação Profissional Contínua – 1,5 horas)

Oliveira, I. J. (2019). Abordagem terapêutica à pessoa com deglutição comprometida. Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro – Rovisco Pais, Serviço de Reabilitação Geral de Adultos. (Formação Profissional Contínua – 4 horas)

Oliveira, I.J. & Mota, L. (2018). *Instructions for use of GUSS* [Tradução]. Gugging Swallowing Screen (GUSS) - International Group. https://gussgroupinternational.files.wordpress.com/2018/08/guss_instruc3a7c3b5es_pt.pdf

Oliveira, I.J. (2018). Rastreio da Disfagia na pessoa com AVC: a utilização da escala GUSS. Unidade Local de Saúde da Guarda, Unidade de AVC. (Formação Profissional Contínua – 2 horas)

Oliveira, I.J. (2018). Rastreio da Disfagia na pessoa com AVC: a utilização da escala GUSS. Centro Hospitalar Cova da Beira, Unidade de AVC. (Formação Profissional Contínua – 2 horas)

Oliveira, I.J. (2018). Rastreio da Disfagia na pessoa com AVC: a utilização da escala GUSS. Centro Hospitalar Universitário do Porto, Serviço de Neurologia e Unidade de AVC. (Formação Profissional Contínua – 12 horas)

RESUMO

O acidente vascular cerebral (AVC) representa uma das principais causas de morte e incapacidade no mundo. Uma das suas complicações mais frequentes é a disfagia, estando associada a um aumento do risco de pneumonia, desidratação e desnutrição, com repercussões negativas na recuperação funcional e qualidade de vida da pessoa. Esta condição clínica não tem constituído foco de atenção, quer na prática clínica, quer na investigação, traduzindo-se em constrangimentos na sistematização da abordagem terapêutica à pessoa com disfagia após o AVC. Neste contexto, e com a finalidade de promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, foi desenvolvido um percurso de investigação, composto por três etapas, com o objetivo de sistematizar a abordagem terapêutica à pessoa com deglutição comprometida após o AVC. Na primeira etapa, foi desenvolvido um estudo metodológico para a tradução, adaptação cultural e validação do Gugging Swallowing Screen e o Barnes-Jewish Hospital Stroke Dysphagia Screen. Após a tradução e adaptação cultural, foram recrutados 226 participantes, em cinco unidades de AVC, a quem foram aplicados os instrumentos no momento de admissão. Os resultados foram comparados com o défice neurológico, estado de consciência e percepção dos avaliadores. Os resultados sugerem que as versões portuguesas apresentam boas propriedades psicométricas, com particular ênfase na fiabilidade inter observadores. Na segunda etapa, foi realizada uma revisão sistemática da literatura, em resposta a sete questões clínicas relevantes, com o objetivo de identificar a melhor evidência disponível na abordagem terapêutica à pessoa com deglutição comprometida. Esta pesquisa foi traduzida num conjunto de recomendações que foi validada por um painel multidisciplinar de 13 peritos, numa técnica de Delphi. Foram consensualizadas 21 recomendações clínicas versando a avaliação da deglutição e risco nutricional, higiene oral, alimentação entérica, intervenção terapêutica e modificação das consistências alimentares e líquidos. A terceira etapa explana o estudo de investigação-ação desenvolvido num serviço de reabilitação de adultos, desenvolvido no esteio dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem e dos programas de melhoria contínua, enquanto estratégia para a translação da evidência para a prática. O objetivo foi o de conceber e implementar, numa intervenção multimodal desenhada à medida, uma estratégia para a implementação da evidência na prática direcionada para a abordagem terapêutica à pessoa com deglutição comprometida. Foram utilizadas diferentes estratégias de recolha de dados: *focus group*, observação participante e análise da documentação das práticas. Na avaliação inicial foram identificados vários fatores que influenciam negativamente o processo de tomada de decisão para a conceção de cuidados

de enfermagem, assim como a existência de barreiras organizacionais que levaram a que os enfermeiros desenvolvessem a sua prática assente numa lógica de intervenção interdependente. Foram identificadas oportunidades de melhoria ao nível da sistematização das práticas e documentação das mesmas, aspeto este corroborado pelos resultados da análise documental. A partir destes achados foi desenvolvida uma intervenção multimodal composta por formação contínua, utilização de materiais educativos, elaboração de um roteiro clínico e a estratégia de opinião de líderes. Como resultado da intervenção verificou-se um incremento na documentação dos dados relativos à deglutição, risco de aspiração, prestador de cuidados e higiene oral, apesar de se terem verificado inconformidades na auditoria relacionadas com a documentação. Verificou-se adesão às recomendações clínicas, com uma transposição relativamente bem-sucedida do roteiro clínico, sugerindo que a implementação de projetos de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem contribui significativamente para a transposição da evidência para a prática e consequente sistematização das práticas. Ressalta-se ainda uma influência negativa de práticas desenvolvidas numa lógica de intervenção interdependente, comprometendo o processo de tomada de decisão, acarretando o risco de perda de autonomia da profissão, sendo que a desvalorização das competências dos enfermeiros e da sua autonomia se constitui como uma barreira à prática baseada na evidência. Para além disso, começa a ganhar consistência a evidência de constrangimentos na documentação em enfermagem, questão esta com repercussões na medição dos ganhos sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Palavras-chave: perturbações da deglutição, acidente vascular cerebral, cuidados de enfermagem, melhoria contínua da qualidade

ABSTRACT

Stroke is a major cause of death and disability worldwide. One of its most frequent complications is dysphagia, which is associated with an increased risk of pneumonia, dehydration and malnutrition, with negative repercussions on the person's functional recovery and quality of life. This clinical condition has not been a focus of attention in clinical practice and in research, resulting in constraints in the systematization of the therapeutic approach to the person with dysphagia after stroke. In this context, and with the purpose of promoting continuous improvement in the quality of nursing care, a three-stage research path was developed, with the objective of systematizing the therapeutic approach to the person with dysphagia after stroke. In the first stage, a methodological study was developed for the translation, cultural adaptation, and validation of the Gugging Swallowing Screen and the Barnes-Jewish Hospital Stroke Dysphagia Screen. After translation and cultural adaptation, 226 patients were enrolled in five stroke units, to whom the instruments were applied at the time of admission. The results were compared with the neurological deficit, state of consciousness, and evaluator's judgment. The results suggest that the Portuguese versions have good psychometric properties, with particular emphasis on inter-observer reliability. In the second stage, a systematic review of the literature was carried out, in response to seven relevant clinical questions, with the aim of identifying the best evidence available in the therapeutic approach to the person with dysphagia after stroke. This research was translated into a set of recommendations that was validated by a multidisciplinary panel of 16 experts, using a Delphi technique. Twenty-one clinical recommendations regarding the assessment of swallowing and nutritional risk, oral hygiene, enteral feeding, therapeutic intervention, and modification of liquid food consistencies were consensualized. The third stage reports the action research study developed in an adult rehabilitation service, developed on the basis of the Nursing Care Quality Standards and the continuous improvement programs, as a strategy for translating the evidence into practice. The objective was to conceive and implement, in a tailored multimodal intervention, a strategy for the implementation of evidence in practice directed to the therapeutic approach to the person with dysphagia after stroke. Different data collection strategies were used: focus group, participant observation, and analysis of documentation of practices. In the initial assessment, several factors were identified that negatively influence the decision-making process for the conception of nursing care, as well as the existence of organizational barriers that led nurses to develop their practice based on an interdependent intervention logic. Opportunities for improvement were identified concerning the systematization of practices and their documentation, an aspect corroborated by the

results of the records analysis. From these findings, a multimodal intervention was developed, consisting of continuous training, use of educational materials, preparation of a clinical pathway and leaders' opinion strategy. As a result of the intervention, there was an increase in the documentation of data related to swallowing, risk of aspiration, care provider and oral hygiene, although there were non-conformities in the audit related to the documentation. There was an adherence to clinical recommendations, with a relatively successful transposition of the clinical pathway, suggesting that the implementation of projects for continuous improvement of the quality of nursing care contributes significantly to the transposition of evidence into practice and consequent systematization of practices. It should also be noted that practices based on an interdependent intervention logic negatively compromise the decision-making process, which translates into the risk of loss of the profession's autonomy, with the devaluation of nurses' skills and their autonomy being a barrier to evidence-based practice. In addition, the evidence of constraints in nursing documentation begins to gain consistency, an issue with repercussions in the measurement of outcomes sensitive to nursing care.

Keywords: swallowing disorders, stroke, nursing care, continuous quality improvement

ABREVIATURAS E SIGLAS

AGREE - *Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation*

AHA/ASA – *American Heart Association/American Stroke Association*

AMSTAR - *A Measurement Tool to Assess Systematic Reviews*

AVC – Acidente Vascular Cerebral

BJH-SDS - *Barnes-Jewish Hospital-Stroke Dysphagia Screen*

CASP - *Critical Appraisals Skills Programme*

CHCB – Centro Hospitalar Cova da Beira

CHUC - Centro Hospitalar Universitário de Coimbra

CHUP - Centro Hospitalar Universitário do Porto

CHUSJ - Centro Hospitalar Universitário de São João

CIPE® - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CMRRC – RP – Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro – Rovisco Pais

DP – Desvio padrão

E – Enfermeiro

ECR – Ensaio clínico randomizado

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

EEF – Estimulação elétrica faríngea

EEN – Estimulação elétrica neuromuscular

EMTR – Estimulação magnética transcraniana repetitiva

ESPEN – *European Society for Clinical Nutrition and Metabolism*

ETCC – Estimulação transcraniana por corrente contínua

GBD - Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study

GHAf - Gestão Hospitalar de Armazém e Farmácia

GUSS - *Gugging Swallowing Screen*

IA – Investigação-ação

IDSSI – *International Dysphagia Diet Standardisation Initiative*

N.º - número

NC – Nota de campo

MUST – *Malnutrition Universal Screening Tool*

NIHSS - *National Institute of Health Stroke Scale*

NRS – *Nutritional Risk Screening*

PBE – Prática baseada na Evidência

PICO - *Patient* ou *Problem*, *Intervention*, *Comparison* e *Outcome*

PMCQCE – Projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem

PQCE – Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem

QDA - *Qualitative Data Analysis*

RC – Roteiro clínico

ROC – *Receiver operating characteristic*

SNG – Sonda nasogástrica

SRGA – Serviço de Reabilitação Geral de Adultos

TOR-BSST© – *The Toronto Bedside Swallowing Screening Test*

UAVC – Unidade de Acidente Vascular Cerebral

ULSG – Unidade Local de Saúde da Guarda

VPN – Valor preditivo negativo

VPP – Valor preditivo positivo

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Plano de tradução e adaptação cultural	55
Tabela 2 - Medidas de validade e fiabilidade da GUSS e da BJH-SDS.....	64
Tabela 3 - Resumo das medidas de fiabilidade e validade utilizadas neste estudo.....	65
Tabela 4- Perfil dos revisores clínicos.....	69
Tabela 5 - Cronologia da recolha de dados	71
Tabela 6 - Participantes por centro de recolha de dados	71
Tabela 7 - Distribuição dos participantes por grupo etário	71
Tabela 8 - Tratamento de reperfusão.....	72
Tabela 9 - Tempo decorrido desde a instalação do AVC e a recolha de dados	72
Tabela 10 - Antecedentes clínicos dos participantes	73
Tabela 11 - Estado de consciência	73
Tabela 12 - Severidade dos défices neurológicos de acordo com a NIHSS.....	74
Tabela 13 - Perceção do avaliador sobre probabilidade de a pessoa apresentar disfagia	74
Tabela 14 - Rastreio do compromisso da deglutição com BJH-SDS: resultados por item	74
Tabela 15 - Rastreio do compromisso da deglutição com GUSS.....	75
Tabela 16 - Comparação das pontuações NIHSS x GUSS.....	76
Tabela 17 - Comparação das pontuações NIHSS x BJH-SDS.....	76
Tabela 18 - Comparação das pontuações Escala de Coma de Glasgow x GUSS	76
Tabela 19 - Comparação das pontuações Escala de Coma de Glasgow x BJH-SDS	76
Tabela 20 - Comparação da lateralidade x GUSS	77
Tabela 21 - Comparação da lateralidade x BJH-SDS	77
Tabela 22 - Comparação GUSS x BJH-SDS	77
Tabela 23 - Comparação da percepção do avaliador x GUSS	78
Tabela 24 - Comparação da percepção do avaliador x BJH-SDS.....	78
Tabela 25 - Sistema de classificação de recomendações e evidência	96

Tabela 26 - Perfil dos peritos convidados para o painel Delphi	99
Tabela 27 - Questão clínica 1	101
Tabela 28 - Questão clínica 2	104
Tabela 29 - Resultados das revisões sistemáticas.....	107
Tabela 30 - Questão clínica 3	108
Tabela 31 - Estudos identificados no âmbito da higiene oral.....	113
Tabela 32 - Questão clínica 4	118
Tabela 33 - Questão clínica 5	121
Tabela 34 - Questão clínica 6	126
Tabela 35 - Estudos experimentais identificados sobre a intervenção terapêutica na disfagia	134
Tabela 36 - Questão clínica 7	138
Tabela 37 - Síntese das principais fases do estudo	178
Tabela 38 - Focos de enfermagem identificados - fase 1.....	185
Tabela 39 - Juízos usados na atividade diagnóstica – fase 1.....	185
Tabela 40 - Resumo do n.º de intervenções identificadas por tipo de ação - fase 1.....	186
Tabela 41 - Intervenções planeadas por tipo de ação - fase 1	187
Tabela 42 – N.º de intervenções relacionadas com a deglutição comprometida - fase 1.....	188
Tabela 43 – N.º de intervenções relacionadas com o autocuidado higiene oral - fase 1	188
Tabela 44 - Frequência das unidades de registo para cada subcategoria na conceção de cuidados de enfermagem - fase 1.....	193
Tabela 45 - Frequência das unidades de registo para cada subcategoria nas oportunidades de melhoria - fase 1	195
Tabela 46 - Execução das estratégias	199
Tabela 47 - Focos de enfermagem identificados - fase 1 vs fase 4.....	201
Tabela 48 - Juízos usados na atividade diagnóstica – fase 1 vs fase 4	202
Tabela 49 - Resumo do n.º de intervenções identificadas por tipo de ação - fase 1 vs fase 4	202
Tabela 50 -Intervenções planeadas por tipo de ação - fase 1 vs fase 4.....	203

Tabela 51 – N.º de intervenções relacionadas com a deglutição comprometida - fase 1 vs fase 4.....	204
Tabela 52 – N.º de intervenções relacionadas com o autocuidado higiene oral - fase 1 vs fase 4.....	205
Tabela 53 - Frequência da codificação das unidades de registo para cada subcategoria - fase 4.....	213
Tabela 54 - Não conformidades resultantes do processo de auditoria	215

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - GUSS: teste indireto da deglutição	44
Figura 2 - GUSS: classificação da severidade e recomendações em função da pontuação obtida.....	45
Figura 3 - GUSS: teste direto da deglutição	46
Figura 4 - BJH-SDS	47
Figura 5 - Percurso de investigação – primeira etapa	50
Figura 6 - Desenho do estudo de tradução, adaptação cultural e validação do GUSS e do BJH-SDS	52
Figura 7 - Procedimentos para a tradução e adaptação cultural dos instrumentos	69
Figura 8 - Curva de ROC do GUSS	79
Figura 9 - Curva de ROC do BJH-SDS	80
Figura 10 - Curva de ROC do GUSS usando o BJH-SDS como referência	80
Figura 11 – Percurso de investigação – segunda etapa.....	92
Figura 12 - Fases dos PMCQCE.....	156
Figura 13- Da evidência à ação	157
Figura 14 - Percurso de investigação – terceira etapa	159
Figura 15 - Abordagem à IA.....	164
Figura 16 - Modelo procedimental IA	165
Figura 17 - Desenho do estudo de IA	166
Figura 18 - Passos para a mudança	168
Figura 19 - Diagrama causa-efeito.....	197

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	29
PARTE I – CONTRIBUTO PARA A VALIDAÇÃO DO GUGGING SWALLOWING SCREEN E DO BARNES-JEWISH HOSPITAL-STROKE DYSPHAGIA SCREEN PARA A POPULAÇÃO PORTUGUESA	33
1. A PESSOA COM DEGLUTIÇÃO COMPROMETIDA APÓS AVC: O PROCESSO CORPORAL	37
1. 1. Abordagem à pessoa com deglutição comprometida após AVC.....	41
1. 2. Os instrumentos de medição	43
2. QUESTÃO NORTEADORA DO ESTUDO, OBJETIVO E FINALIDADE	49
3. MÉTODO	51
3. 1 Desenho do estudo	51
3. 2 Tradução e adaptação cultural do GUSS e BJH-SDS	54
3. 3 Validação do GUSS e do BJH-SDS	55
3.3.1 Contexto	56
3.3.2 Participantes.....	57
3.3.3 Estratégia de recolha e tratamento dos dados.....	58
3. 4 Considerações Éticas	65
4. RESULTADOS.....	68
4.1 Tradução e adaptação cultural do GUSS e do BJH-SDS.....	68
4.2 Contributo para a validação do GUSS e do BJH-SDS	70
4.2.1 Validade.....	75
4.2.2 Fiabilidade	81
5. DISCUSSÃO.....	82
6. CONCLUSÃO	87

PARTE II – RECOMENDAÇÕES CLÍNICAS NA ABORDAGEM TERAPÊUTICA À PESSOA COM DEGLUTIÇÃO COMPROMETIDA	89
1. ESTRATÉGIA PARA A ELABORAÇÃO DAS RECOMENDAÇÕES CLÍNICAS	93
2. AS RECOMENDAÇÕES CLÍNICAS	99
PARTE III – CONCEÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DE UMA INTERVENÇÃO: DA EVIDÊNCIA À PRÁTICA	145
1. A RESPOSTA HUMANA AO PROCESSO SAÚDE/DOENÇA: A PESSOA COM DEGLUTIÇÃO COMPROMETIDA APÓS AVC	149
1. 1. A melhoria contínua da qualidade enquanto estratégia para a implementação da evidência na prática	152
2. QUESTÃO NORTEADORA DA INVESTIGAÇÃO, FINALIDADE E OBJETIVOS DO ESTUDO	159
3. MÉTODO	161
3. 1 Desenho do estudo	162
3. 2 Contexto do estudo	170
3. 3 Estratégia de recolha e tratamento de dados	172
3. 4 Considerações éticas	178
4. RESULTADOS	184
4.1 Dimensionar o problema e identificar as causas	184
4.2 Planeamento e implementação da intervenção	196
4.3 Avaliação dos resultados	199
5. DISCUSSÃO	216
6. CONCLUSÃO	225
NOTAS FINAIS	227
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	229
ANEXOS	267
ANEXO I – Autorização dos autores dos instrumentos para a tradução, adaptação cultural e validação para a população portuguesa	
ANEXO II – Autorização das comissões de ética e conselhos de administração onde o estudo foi realizado	

ANEXO III – Instrumento de caracterização sociodemográfica e clínica dos participantes do estudo de validação dos instrumentos de rastreio

ANEXO IV – Instrumento de caracterização sociodemográfica dos enfermeiros que realizaram a recolha de dados do estudo de validação dos instrumentos de rastreio

ANEXO V – Modelo de consentimento informado dos participantes do estudo de validação dos instrumentos de rastreio

ANEXO VI - Autorização da Comissão Nacional de Proteção de Dados para o tratamento dos dados pessoais referentes ao estudo de validação dos instrumentos de rastreio

ANEXO VII – Modelo do Relatório Clínico de Revisão

ANEXO VIII – Versão final do GUSS e do BJH-SDS

ANEXO IX - Documento de trabalho com o registo dos vários passos realizados durante a pesquisa sistemática da literatura para a elaboração das recomendações clínicas

ANEXO X - Resumo da avaliação da qualidade metodológica das *guidelines* identificadas

ANEXO XI – Resumo do consenso de peritos – ronda 1

ANEXO XII - Resumo do consenso de peritos – ronda 2

ANEXO XII – Modelo da grelha de registo para a observação participante do estudo de IA

ANEXO XIV – Lista de verificação para a auditoria clínica do PMCQCE

ANEXO XV – Instrumento de caracterização sociodemográfica dos participantes enfermeiros do estudo de IA

ANEXO XVI - Modelos dos consentimentos informados dos participantes do estudo de IA

ANEXO XVII - Autorização para a realização do estudo de IA da Comissão de Ética e do Conselho de Administração do CMRRC - RP

ANEXO XVIII – Planeamento das tarefas do PMCQCE

ANEXO XIX – Roteiro clínico

INTRODUÇÃO

O acidente vascular cerebral (AVC) representa, atualmente, a segunda causa de morte no mundo (World Health Organization, 2018), a primeira causa de morte em Portugal (Instituto Nacional de Estatística, 2019) e a segunda causa de anos de vida saudável perdidos por incapacidade a nível mundial (Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study [GBD] 2016 Stroke Collaborators, 2019). Uma das complicações frequentes após o AVC é a disfagia, podendo a sua incidência na fase aguda atingir os 80% (Takizawa et al., 2016). A presença de disfagia após o AVC está associada a um aumento do risco de pneumonia, desidratação e desnutrição, traduzindo-se em piores resultados funcionais e pior qualidade de vida (Cohen et al., 2016).

Neste contexto, fruto da experiência enquanto enfermeira especialista em Enfermagem de Reabilitação numa equipa de cuidados continuados integrados, da perceção do impacto que o compromisso na deglutição tem na pessoa com AVC, sua família e cuidadores e da perceção da falta de sistematização das práticas de enfermagem na abordagem à pessoa com deglutição comprometida após o AVC, cresceu no pensamento da investigadora a inquietação relativa à necessidade de desenvolver estratégias para acrescentar valor aos cuidados de enfermagem prestados à pessoa com AVC.

Para tal, torna-se fundamental o desenvolvimento de diretrizes clínicas que enformem a boa prática para a abordagem à pessoa com deglutição comprometida após AVC, desde a sua instalação até à fase de reabilitação e regresso à família e comunidade, numa lógica de reconstrução da sua autonomia e adaptação à nova condição de vida. A construção, disseminação e apropriação pelos profissionais de saúde destas diretrizes clínicas, alicerçadas na melhor evidência científica disponível e ajustadas aos contextos de prática clínica, garantem a qualidade e excelência dos cuidados prestados à população, tendo sido este o embrião para este estudo. Foi, assim, objetivo deste percurso de investigação o de sistematizar a abordagem terapêutica à pessoa com deglutição comprometida após o AVC, fundamentada na melhor evidência disponível, com a finalidade de promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, contribuindo assim para a melhoria da qualidade de vida destas pessoas, suas famílias e cuidadores.

O propósito deste documento é, acima de tudo, o de explicar o percurso de investigação, assente numa metodologia de investigação ação, que culminou com a conceção e implementação de uma intervenção multimodal destinada a promover a implementação da

melhor evidência direcionada à pessoa com deglutição comprometida após um AVC, num serviço de internamento de reabilitação de adultos.

Esta tese está dividida em três partes, sendo que a cada uma delas corresponde um dos três estudos desenvolvidos que, apesar de se cruzarem em termos de percurso de investigação são, do ponto de vista metodológico, estudos de natureza distinta. O primeiro é um estudo de validação de instrumentos de medição e avaliação em saúde, o segundo corresponde à síntese da literatura e consensualização das recomendações clínicas e o terceiro é um estudo assente essencialmente numa metodologia de investigação ação. A primeira e terceira parte iniciam-se com o enquadramento concetual que sustenta e fundamenta cada um dos estudos, seguindo-se os aspetos metodológicos, resultados, discussão e respetivas conclusões. A segunda parte, pela sua natureza e após um breve enquadramento, explana a metodologia de construção das recomendações e sua consensualização por um painel de peritos multidisciplinar, seguida de cada uma das recomendações e respetiva fundamentação. No final, apresenta-se, em notas finais, a reflexão do percurso desenvolvido.

Numa fase inicial, durante a revisão de literatura, foi possível verificar que não existia validado para a população portuguesa qualquer instrumento para o rastreio da disfagia na pessoa com AVC, o que mostrou ser o primeiro constrangimento identificado para a consecução da finalidade deste percurso. Neste contexto, foi realizada uma revisão sistemática que teve como objetivo identificar quais os instrumentos de rastreio de disfagia, válidos e fiáveis, passíveis de utilização por enfermeiros, em pessoas com AVC. Daqui resultou a publicação do artigo *Dysphagia screening tools for acute stroke patients available for nurses: A systematic review*, em 2019 (Oliveira, Mota, Freitas & Ferreira, 2019). Os resultados desta revisão evidenciaram a existência de três instrumentos de rastreio (Edmiaston et al., 2014; Martino et al., 2009; Trapl et al., 2007), tendo sido obtida a autorização para a tradução, adaptação cultural e validação para a população portuguesa do Gugging Swallowing Screen (GUSS) e do Barnes-Jewish Hospital-Stroke Dysphagia Screen (BJH-SDS). Prosseguiu-se então para a tradução, adaptação cultural e validação do GUSS e do BJH-SDS, num estudo multicêntrico, e da qual resultaram várias comunicações livres e pósteres em congressos internacionais (Oliveira & Mota, 2019) e a publicação de dois artigos (Oliveira, Couto et al. 2021; Oliveira, Ferreira et al., 2021). Este estudo, método e resultados correspondem à primeira parte.

A grande proximidade com os contextos onde o estudo se desenvolveu e regularidade no acompanhamento durante a recolha de dados permitiram à investigadora consolidar a perceção inicial de falta de sistematização das práticas na abordagem à pessoa com deglutição comprometida após um AVC, especialmente na avaliação inicial, e que foi

evidenciada nos resultados de um estudo desenvolvido de forma paralela nestes contextos, com os enfermeiros envolvidos na recolha de dados e de que resultou a publicação do artigo *Nurses' preferred items for dysphagia screening in acute stroke patients: A qualitative study*, publicado em 2020 (Oliveira, Couto & Mota, 2020). Estes resultados deram a conhecer a realidade portuguesa, indo, em grande medida, ao encontro da evidência já existente a nível internacional e fundamentando ainda mais a necessidade de identificar a melhor prática e promover a sua translação, fornecendo uma orientação clara para os profissionais de saúde.

Na fase final do estudo multicêntrico, iniciou-se, num outro contexto clínico, o estudo para a implementação de recomendações/diretrizes clínicas num contexto específico de prática clínica. A construção de recomendações clínicas partiu de uma extensa revisão de literatura que permitiu identificar e consensualizar por um painel de peritos um conjunto de recomendações baseadas na melhor evidência disponível até ao momento e que correspondem à segunda parte deste documento e que se encontram já publicadas (Oliveira et al., 2022).

A implementação das recomendações clínicas foi desenvolvida no respaldo da metodologia preconizada pela Ordem dos Enfermeiros para o desenvolvimento de projetos de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2013), numa metodologia de investigação ação. Assim, e dando cumprimento à primeira fase do projeto, procurou-se compreender como os enfermeiros concetualizam os cuidados de enfermagem à pessoa com deglutição comprometida após um AVC e as oportunidades de melhoria percecionadas neste contexto. Daqui resultou a publicação do artigo “Terapêuticas de enfermagem na pessoa com deglutição comprometida após acidente vascular cerebral”, em 2019 (Oliveira, Couto & Mota, 2019) e do artigo “Concetualização dos cuidados de enfermagem à pessoa com deglutição comprometida após o acidente vascular cerebral” (Oliveira, Almeida, et al., 2020). A análise do modelo em uso permitiu identificar as melhores estratégias para a implementação das recomendações/diretrizes clínicas e o planeamento da intervenção. Este estudo terminou com a avaliação do impacto da intervenção nas práticas dos enfermeiros naquele contexto específico e cujos métodos e resultados correspondem à terceira parte deste documento.

No final apresentam-se, em notas finais, as conclusões que emergiram deste percurso de investigação, as implicações para a prática clínica bem como as sugestões para investigação futura.

**PARTE I – CONTRIBUTO PARA A VALIDAÇÃO DO GUGGING SWALLOWING
SCREEN E DO BARNES-JEWISH HOSPITAL-STROKE DYSPHAGIA SCREEN PARA A
POPULAÇÃO PORTUGUESA**

Este capítulo relata a primeira parte deste percurso de investigação. Inicia-se com a contextualização do impacto que o compromisso na deglutição tem na pessoa após o AVC e dos desafios que se colocam aos profissionais que cuidam destas pessoas, progredindo para a apresentação dos instrumentos de medição. A seguir detalham-se o método, resultados e discussão da tradução, adaptação cultural e validação dos instrumentos de medição, terminando com a conclusão deste primeiro estudo e suas limitações.

Pretendeu-se assim dar resposta ao primeiro obstáculo identificado para a sistematização das práticas dos profissionais na abordagem à pessoa com deglutição comprometida após um AVC: a inexistência de instrumentos de rastreios da disfagia validados para a população portuguesa. Tal como será adiante demonstrado, é consistente a evidência sobre a relevância da identificação precoce da dificuldade em deglutir para a prevenção de complicações, como a pneumonia de aspiração. Neste contexto, a primeira etapa no processo de enfermagem é a avaliação, a qual implica a recolha de dados e informação pertinente relacionada com a pessoa/família ou comunidade, informação essa indispensável para a identificação dos diagnósticos de enfermagem (Kuiper et al., 2017), sendo relevante para este efeito a utilização de instrumentos de medição válidos e fiáveis.

1. A PESSOA COM DEGLUTIÇÃO COMPROMETIDA APÓS AVC: O PROCESSO CORPORAL

A função da deglutição caracteriza-se por uma rápida e coordenada sequência de ações neuromusculares que começa com o encerramento dos lábios e termina com a abertura do esfíncter esofágico superior (Logemann & Larsen, 2012). Desempenha duas funções vitais: garante a função alimentar (energética) pela propulsão dos alimentos da cavidade oral até ao estômago, através da faringe e do esófago; e desempenha um papel protetor contra a aspiração de saliva e alimentos para as vias aéreas superiores, pela eliminação da saliva da cavidade naso e orofaríngea e encerrando a nasofaringe e a laringe durante a ingestão dos alimentos (Dua et al., 2011; Jean, 2001; Nishino, 2013).

Num ato aparentemente sem esforço, o processo de deglutição envolve mais de 30 músculos, de forma sequencial e coordenada, da cavidade oral, da faringe, laringe e esófago (Shaw & Martino, 2013). É coordenada por uma rede neuronal complexa, com componentes voluntárias e reflexas: o tronco cerebral, mais concretamente no bulbo, onde se encontra o centro gerador do padrão deglutório e que envolve os pares cranianos V, VII, IX e XII e os nervos cervicais C1 e C3 que coordenam essencialmente as fases involuntárias faríngea e esofágica; o córtex cerebral, estando envolvidas diferentes regiões, incluindo o giro pré e pós central, a ínsula, gânglios basais, a amígdala, o hipotálamo e a substância negra (estas especialmente ativas durante a fase preparatória oral e fase oral); bem como o sistema nervoso periférico (motor/eferente e sensitivo/aferente) (Jean, 2001; Shaw & Martino, 2013).

Quanto à representação hemisférica, a deglutição ativa regiões bilaterais e assimétricas, sendo que em diferentes contextos de investigação, se verificam resultados diferentes na ressonância magnética na lateralização da deglutição (Ardenghi et al., 2015). Esta assimetria não está relacionada com a mão dominante, sendo assim atribuído à existência de um hemisfério dominante na deglutição (Miller, 2008; Shaw & Martino, 2013). Não é claro, todavia, como todas as áreas do cérebro que contribuem para a deglutição são integradas no tronco cerebral, no centro gerador do padrão de deglutição (Gonzalez-Fernandez et al., 2015).

A deglutição é dividida em quatro fases de acordo com o percurso do bólus: fase preparatória oral, fase oral, fase faríngea e a fase esofágica (Logemann & Larsen, 2012).

A fase preparatória oral envolve a mastigação dos alimentos, num movimento coordenado da língua e mandíbula, ensalivação e preparação do bólus alimentar. A língua molda o bólus numa única bola, estando assim preparados para a fase seguinte, sendo importante o encerramento dos lábios para que o bólus se mantenha dentro da cavidade oral. Nesta fase é fundamental a mobilidade da língua – durante esta fase a via aérea está normalmente aberta. A propulsão do bólus da cavidade oral para a orofaringe dá início à fase oral. A língua comprime o bólus contra o palato, propelindo o bólus posteriormente (Logemann & Larsen, 2012).

A terceira fase é a fase faríngea. Apesar de a sua duração ser habitualmente de um segundo ou menos, é a fase mais complexa da deglutição (Logemann & Larsen, 2012). A passagem do bólus pelos pilares anteriores do palato é o estímulo involuntário que desencadeia a fase faríngea (Shaw & Martino, 2013). Uma vez iniciada, realizam-se uma sequência coordenada de movimentos musculares e a respiração cessa transitoriamente, habitualmente na fase expiratória (Nishino, 2013) e verifica-se a adução das cordas vocais, que encerra a glote, e a contração da musculatura laríngea. Este mecanismo é essencial à proteção das vias aéreas, ao direcionar a laringe para baixo da base da língua e dobrando a epiglote sobre o vestíbulo laríngeo, selando-o (Shaw & Martino, 2013). O palato mole eleva-se, encerrando a nasofaringe, o complexo hio-laríngeo eleva-se anteriormente, os músculos faríngeos contraem-se no sentido cefalo-caudal, elevando a faringe ao mesmo tempo que a base da língua é retraída em direção à parede posterior da faringe, comprimindo o bólus no sentido descendente. Daqui resulta um movimento ondular que desce da orofaringe até ao nível do esfíncter esofágico superior, culminando na sua abertura (Logemann & Larsen, 2012).

A abertura do esfíncter esofágico superior é essencial para que o bólus alcance o estômago. Após a passagem do bólus pelo mesmo, inicia-se a fase esofágica (Logemann & Larsen, 2012). Nesta fase o peristaltismo esofágico é acionado, propelindo o bólus ao longo do esófago até ao esfíncter esofágico inferior e depois o estômago (Shaw & Martino, 2013).

Sendo a deglutição um processo clinicamente complexo, a interferência em qualquer uma das suas fases, independentemente da sua natureza, pode provocar alterações que resultam na disfagia (deglutição comprometida).

A disfagia é definida como a dificuldade em deglutir (National Collaborating Centre for Chronic Conditions, 2019), resultante de um atraso na duração do fluxo do bólus, penetração/aspiração para as vias aéreas e/ou a existência de resíduo pós-deglutório na cavidade faríngea (Daniels et al., 2009). É comum em diferentes doenças neurológicas,

particularmente na doença de Parkinson, na esclerose múltipla, na esclerose lateral amiotrófica, na doença da Alzheimer e mais proeminentemente no AVC (González-Fernández & Daniels, 2008), as fases afetadas correspondem às fases preparatória, oral e faríngea, sendo por isso também denominada ao longo da literatura como disfagia orofaríngea.

Os sintomas específicos da disfagia após o AVC dependem da localização da lesão e diferem em severidade em indivíduos com lesões na mesma região (Gonzalez-Fernandez et al., 2015). Por exemplo, alterações na mobilidade mandibular e da língua podem resultar numa inadequada formação do bólus e respetiva propulsão, levando a um esvaziamento ineficaz da cavidade oral; défices sensitivos podem levar à acumulação de alimentos na cavidade oral após a deglutição; a disfunção dos músculos da faringe podem resultar num atraso na propulsão do bólus e a sua retenção com formação de resíduo pós-deglutório na orofaringe; alterações na elevação da laringe e disfunção das cordas vocais podem resultar na proteção inadequada das vias aéreas (Gonzalez-Fernandez et al., 2015).

Para além das alterações a nível neuromuscular, a disfagia também pode acontecer quando o nível de consciência está diminuído, quer durante a fase aguda em lesões extensas acompanhadas de edema cerebral, quer em fases mais tardias devido a delírio (Cohen et al., 2016; Flowers et al., 2013).

O sinal mais comumente associado à disfagia orofaríngea é a tosse, imediata com a deglutição ou nos minutos seguintes. No entanto, alterações vocais com a deglutição (voz molhada, gorgolejo), tosse voluntária fraca ou ausente, disfonia, pigarreio, disartria e assimetria do palato, principalmente se dois ou mais estiverem presentes, são fortes indicadores de disfagia (Daniels et al., 2012).

A disfagia pode ocorrer com ou sem aspiração, que consiste na passagem de material para a laringe (alimentos ou líquidos) para o nível abaixo das cordas vocais (Gonzalez-Fernandez et al., 2015). São distinguidos na literatura os termos aspiração e penetração, que traduzem diferentes níveis de proteção anormal da via aérea: a penetração consiste na entrada de material na região laríngea acima das cordas vocais; ao passo que a aspiração acontece quando o material passa abaixo das cordas vocais e entra na traqueia (Rosenbek et al., 1996). Por outro lado, a aspiração pode ocorrer sem tosse ou qualquer outro sinal externo, sendo então denominada de aspiração silenciosa (Gonzalez-Fernandez et al., 2015). No entanto, permanece pouco claro se o achado radiológico de aspiração silenciosa é relevante, uma vez que mesmo indivíduos saudáveis aspiram sem que tal tenha consequências clínicas patológicas (Cohen et al., 2016; Ramsey et al., 2005).

A incidência da disfagia é elevada na pessoa com AVC, variando entre os 8,1% e os 80% (Takizawa et al., 2016). Esta variação depende essencialmente de: a) metodologia de avaliação utilizada (rastreo, avaliação clínica ou avaliação instrumental), sendo mais elevada quando é realizada avaliação instrumental por videofluoroscopia ou fibroendoscopia da deglutição (Al-Khaled et al., 2016; Martino et al., 2005); b) localização e tipo de lesão, sendo mais elevada em AVC hemorrágicos, do tronco cerebral e à direita (Daniels et al., 2017; Maeshima et al., 2013; Suntrup et al., 2015; Wilmskoetter et al., 2018) e; c) o tempo decorrido desde a lesão, sendo que a incidência diminui com o tempo decorrido, persistindo em 50% das pessoas com AVC 30 dias após a instalação de sintomas (Arnold et al., 2016). A aspiração acontece em mais de 50% das pessoas com disfagia e, destes, cerca de 46% aspiram de forma silenciosa (Falsetti et al., 2009; Garon et al., 2009).

Compreendendo a elevada incidência da disfagia após o AVC, importa agora dimensionar as complicações que lhe estão associadas. De todas as complicações as melhor estudadas são, sem dúvida, as respiratórias. Foram vários os estudos desenvolvidos nos últimos anos que estabelecem uma relação inequívoca entre a disfagia e as complicações respiratórias, nomeadamente a pneumonia (Al-Khaled et al., 2016; Brogan et al., 2014a; Joundi et al., 2017; Sellars et al., 2007). Neste contexto importa ressaltar que a pneumonia é multifatorial não podendo ser exclusivamente atribuída à disfagia (Brogan et al., 2014b; Sørensen et al., 2013).

Existe igualmente evidência de correlação entre a disfagia e o aumento da desidratação nos primeiros sete dias após o AVC (Crary et al., 2013), assim como com um aumento da desnutrição (Chen et al., 2017; Crary et al., 2013). Estas complicações resultam num aumento do tempo de internamento, maior probabilidade de institucionalização após a alta, aumento da mortalidade e piores resultados funcionais (Al-Khaled et al., 2016; Attrill et al., 2018; Rofes et al., 2018). Por sua vez a pneumonia está associada a uma maior probabilidade de morte (Al-Khaled et al., 2016; Yu et al., 2016), assim como a desnutrição associada a piores resultados funcionais (Shen et al., 2011). Atendendo a que a má nutrição é um fator de risco independente para piores resultados funcionais e sendo este um fator de risco modificável, deverá ser-lhe dada mais atenção, desde a fase aguda, no sentido de promover a qualidade de vida destas pessoas (Shen et al., 2011).

Num estudo, desenvolvido para determinar os fatores associados à morbimortalidade hospitalar em pessoas com AVC, através da análise dos registos clínicos de 16 518 pessoas internadas por AVC agudo, conclui-se que dois terços da mortalidade precoce e piores resultados são atribuíveis a fatores não modificáveis, tais como a severidade do défice neurológico e a idade, no entanto, a pneumonia surge como um dos principais

fatores modificáveis de mau prognóstico, salientado a importância da intervenção nesse domínio no sentido de melhorar o prognóstico (Koennecke et al., 2011). Também os custos com a disfagia foram já dimensionados, sabendo-se que a presença de disfagia aumenta em 40,36% os custos em saúde e um aumento de 4,73 dias de internamento (Attrill et al., 2018). Neste contexto, e olhando além da disfagia após AVC, é considerado provável que muitos idosos internados por pneumonia tenham um problema subjacente de disfagia (Carrión et al., 2017; Ortega et al., 2017), associando uma maior probabilidade de compromisso da deglutição a idades mais avançadas. Apesar do reconhecimento de que 44% a 55% das pessoas admitidas com pneumonia podem ter disfagia e que a disfagia é uma sequela comum da descompensação da fragilidade ou de outras comorbidades, a sua presença não é rotineiramente rastreada, sendo com frequência incorretamente tratada (Smithard et al., 2019).

Os resultados dos estudos acima referenciados permitem compreender o impacto que a disfagia tem na pessoa do ponto de vista clínico. Este tem sido o principal foco na pesquisa a nível mundial, especialmente as complicações respiratórias, sendo que, de toda a evidência recolhida, foi possível concluir que o compromisso na nutrição, hidratação e qualidade de vida da pessoa e família, não tem merecido a mesma atenção. É escassa a evidência produzida sobre a qualidade de vida da pessoa com disfagia após o AVC e das suas famílias, sendo que tal poderá estar relacionado com o facto de profissionais, doentes e famílias, percecionarem de modo diferente as interações entre a disfagia e as suas consequências, sendo que os profissionais e os cuidadores priorizam as questões respiratórias, seguidamente as nutricionais e, por último as psicológicas e os doentes priorizam as questões psicológicas (Martino et al., 2010). A disfagia impacta negativamente na qualidade de vida da pessoa (Jones et al., 2018) e o relato das pessoas com compromisso na deglutição após AVC enfatizam o impacto significativo a nível social e psicológico que a disfagia tem durante a complexa jornada de reabilitação, pela intrincada interação das questões físicas, emocionais e sociais (Moloney & Walshe, 2017).

1. 1. Abordagem à pessoa com deglutição comprometida após AVC

É consensual que o rastreio da disfagia após AVC deva ser realizado o mais cedo possível por enfermeiros para que a pessoa não seja mantida em dieta zero por tempo desnecessário (Altman et al., 2012). O rastreio, antes da administração de qualquer líquido, alimento ou medicação, é recomendado para que pessoas em risco possam prontamente ser identificadas e encaminhadas para avaliação clínica e/ou instrumental (Powers et al., 2018). Existe evidência de benefícios sustentados e a longo prazo de protocolos

multidisciplinares iniciados por enfermeiros para a abordagem às complicações relacionadas com o AVC, tal como a disfagia, (Middleton et al., 2017) e evidência crescente que o rastreio precoce do compromisso na deglutição reduz as taxas de pneumonia após o AVC (Palli et al., 2017).

Apesar disso, a implementação de protocolos de rastreio não é prática generalizada nas unidades de AVC, sendo frequente a utilização de testes de água para a deteção/rastreio da disfagia na pessoa após o AVC em fase aguda (Oliveira, Couto & Mota, 2020) mesmo que erroneamente, uma vez que os testes de água são eficazes apenas na deteção de sinais de aspiração (Sasaki & Leder, 2014). A presença de outro tipo de perturbação da deglutição, como dificuldade de mastigação, redução na eficácia ou incapacidade de controlo do trânsito e limpeza oral e faríngea, poderão resultar em engasgamento ou nutrição inadequadas, tornando insuficiente esta abordagem diagnóstica (Serra-Prat et al., 2012).

Para além das questões relacionadas com o rastreio, diversas diretrizes clínicas, a nível internacional, enumeram de forma dispersa as intervenções a considerar na abordagem à pessoa com deglutição comprometida após AVC (Burgos et al., 2018; Casaubon et al., 2016; European Stroke Organization Executive Committee & ESO Writing Committee, 2008; Middleton et al., 2015; Powers et al., 2018; Winstein et al., 2016; Wirth et al., 2016; Wirth et al., 2013), seja do ponto de vista da avaliação, das estratégias compensatórias ou outro tipo de intervenção terapêutica, salientando-se inclusivamente a falta de integração e coerência entre diferentes orientações clínicas produzidas pela mesma organização (National Institute for Health and Care Excellence, 2019).

São diferentes os fatores que contribuem para os constrangimentos que se verificam na definição de orientações para a abordagem à pessoa com compromisso da deglutição: a) a disfagia não é *per se* uma condição clínica patológica, podendo surgir em diferentes situações de doença ou mesmo associada ao processo de senescência, ie, a natureza heterogénea da etiologia subjacente faz com que não seja habitualmente o foco primário de atenção por parte dos profissionais (Dziewas et al., 2017; Wirth et al., 2016); b) a abordagem multidisciplinar à disfagia, a nomenclatura, avaliação diagnóstica e opções terapêuticas são muitas vezes diversas, dificultando a necessária comunicação entre os diferentes profissionais envolvidos (Dziewas et al., 2017); c) a evidência produzida sobre as questões relacionadas com o rastreio, avaliação clínica/instrumental e tratamento é de moderada ou baixa qualidade e maioritariamente proveniente de estudos observacionais, o que cria um obstáculo à definição de diretrizes clínicas (Bath et al., 2018; Boaden, Doran, et al., 2017); d) a abordagem à pessoa com compromisso da deglutição está muito mais focada nas suas complicações respiratórias do que no seu tratamento, quer na prática

clínica, quer na investigação, fazendo com que o seu verdadeiro impacto seja negligenciado (Cohen et al., 2016; Dziewas et al., 2017; Wirth et al., 2016).

Em Portugal, a Direção-Geral da Saúde, na norma de orientação clínica da Viva Verde do AVC no Adulto, determina que todas as pessoas com AVC sejam submetidas a avaliação clínica e funcional o mais precocemente possível, reforçando que na avaliação inicial, bem como nas subsequentes, devam ser sempre averiguadas a presença de condições que influenciem negativamente a recuperação da autonomia, nomeadamente a disfagia (Direção-Geral da Saúde, 2017a). Não fornece, no entanto, nenhum outro tipo de orientação relativamente à abordagem e intervenção à pessoa com AVC com alterações da deglutição.

Deste contexto emerge a clara necessidade de se promoverem estratégias que potenciem a sistematização do rastreio da disfagia na pessoa após o AVC e a apropriação, na prática clínica, de melhor evidência disponível.

1. 2. Os instrumentos de medição

A medição em saúde é essencial para a investigação e para a prática clínica. É com base nas pontuações obtidas em instrumentos de medida e avaliação em saúde que são tomadas decisões sobre outras intervenções diagnósticas e terapêuticas. Neste sentido, é fundamental que esses instrumentos sejam válidos e fiáveis sob pena que a imprecisão ou viés dos resultados orientem para a escolha de soluções terapêuticas inadequadas (Mokkink et al., 2010a).

Por isso, e tal como referem Lehane & Savage (2013, p.295), como ponto de partida, de um investigador deve sempre considerar os instrumentos existentes que pareçam relevantes. Nesta senda, e com o objetivo de identificar os instrumentos de rastreio da disfagia para a pessoa com AVC em fase aguda, passíveis de utilização dos enfermeiros, validados com padrão ouro, foi realizada uma revisão sistemática da literatura (Oliveira, Mota, Freitas & Ferreira, 2019). Esta revisão identificou três instrumentos de rastreio: o GUSS (Trapl et al., 2007), o BJH-SDS (Edmiaston et al., 2014) e o Toronto Bedside Swallowing Screening Test© (TOR-BSST©) (Martino et al., 2009).

Para o GUSS foram identificadas duas versões em português, disponibilizadas na página da autora da versão original¹. Contactadas as autoras das versões em português, foi

¹ <https://gussgroupinternational.wordpress.com/guss-sheets/>

recebida a informação de que nenhuma destas versões foi submetida a validação clínica. A autora da versão original informou igualmente de um estudo em curso em Portugal para validação do GUSS, cujos resultados foram posteriormente publicados (Ferreira et al., 2018), informando, no entanto, que este estudo não estava a ser desenvolvido com a população para a qual o instrumento fora desenvolvido. Para este estudo foram incluídos 174 doentes internados num serviço de medicina com patologia cardíaca, respiratória, neurológica e oncológica (Ferreira et al., 2018).

Gugging Swallowing Screen

O GUSS é um instrumento composto de quatro subtestes sequenciais: o primeiro, com uma avaliação indireta da deglutição através de cinco itens; os restantes três testes consistem numa avaliação direta da deglutição através de quatro itens, com diferentes consistências (primeiro semissólido, depois líquido e finalmente sólido) (Trapl et al., 2007). Na primeira parte os itens, de resposta dicotómica “sim” ou “não”, são: vigilância (estado vígil pelo menos durante 15 minutos), a presença de tosse voluntária e/ou pigarro, a deglutição de saliva bem-sucedida, a presença de sialorreia e alterações da voz com a deglutição da saliva ou desde a instalação do AVC (figura 1) (Trapl et al., 2007). Os itens são independentes e apenas a pontuação de “um” em todos os itens garante a prossecução da avaliação para o subteste seguinte. Caso contrário, para pontuações inferiores a cinco, a aplicação do instrumento deve ser interrompida e o enfermeiro deverá atuar de acordo com as recomendações que se encontram no verso do instrumento (figura 2).

Patient's label

GUSS

(Gugging Swallowing Screen)

Date: _____
 Time: _____
 Investigator: _____

1. Preliminary Investigation / Indirect Swallowing Test

		YES	NO
VIGILANCE	The patient must be alert for at least <u>15 minutes</u>	1 ☐	0 ☐
COUGHING and/or THROAT CLEARING	Voluntary cough: The patient should cough or clear his/her throat twice	1 ☐	0 ☐
SWALLOWING SALIVA	Conduct oral hygiene if the mouth is very dry If the patient coughs during or after swallowing saliva please tick „No“	1 ☐	0 ☐
• Swallowing successful			
• Drooling	Permanent severe saliva drooling	0 ☐	1 ☐
• Voice change after swallowing	Gurgling, wet hoarse voice since onset of stroke	0 ☐	1 ☐
SUM:		(5)	
		1 – 4 = Stop the test see GUSS-Evaluation 5 = Continue with part 2	

Figura 1 - GUSS: teste indireto da deglutição

GUSS EVALUATION

(Gugging Swallowing Screen)

RESULTS	SEVERITY CODE	RECOMMENDATIONS (related to IDDSI-Framework, www.iddsi.org)
20 Swallowing semisolids, liquids and solid textures successful	Slight / No dysphagia with no or minimal risk of aspiration	• Normal diet (Level: 7, 7minus) • Regular liquids (Level: 0) • First normal meal under supervision of a SLT/SLP or dysphagia-trained nurse to evaluate the swallowing ability of mixed consistencies
15-19 Swallowing semisolids successful, swallowing liquids can be deficient, solids can be deficient	Slight dysphagia with aspiration risk	• Dysphagia diet (minced & moist or soft & bite-sized) (Level: 5 or 6) • Liquids thickened (Level: 1 or 2) • Water (Level: 0) should only be drunk after following the "Frazier Free Water Protocol" (Gillmann et al 2016) • <i>Optional:</i> Further functional swallowing assessments (FEES, VFES)¹ • <i>Optional:</i> Refer to Speech&Language Pathologist (SLP) or Speech&Language Therapist (SLT)¹ <i>Supplementation via PEG, nasogastric tube or parenteral + supplementary food</i>
10-14 Swallowing semisolids successful, swallowing liquids deficient	Moderate dysphagia with aspiration risk	• Pureed textures (Level: 3-4) • All liquids must be thickened (Level: 2-3) • Pills should be crushed and mixed with puree (Level: 3-4) • No liquid medication! • <i>Optional:</i> Further functional swallowing assessments (FEES, VFES)¹ • <i>Optional:</i> Refer to Speech&Language Pathologist (SLP) or Speech&Language Therapist (SLT)¹ <i>Supplementation via PEG, nasogastric tube or parenteral + supplementary food</i>
0-9 Preliminary investigation unsuccessful or swallowing semisolids unsuccessful	Severe dysphagia with high risk of aspiration	• NPO (non per os = nothing by mouth) • <i>Optional:</i> Further functional swallowing assessments (FEES, VFES)¹ • <i>Optional:</i> Refer to Speech&Language Pathologist (SLP) or Speech&Language Therapist (SLT)¹ <i>Supplementation via PEG, nasogastric tube or parenteral</i>

¹ Use functional investigations like: Fiberoptic Endoscopic Evaluation of Swallowing (FEES), Videofluoroscopic Evaluation of Swallowing (VFES) and Clinical Swallowing Examination (CSE) by Speech & Language Pathologists (SLP) or Speech & Language Therapists (SLT).

The Gugging Swallowing Screen. Stroke. 2007;38:2948 Michaela Trapl, SLT, MSc; Paul Enderle, MD, MSc; Monika Nowotny, MD; Yvonne Teuschl, PhD; Karl Matz, MD; Alexandra Dachenhausen; PhD Michael Brainin, MD

Figura 2 - GUSS: classificação da severidade e recomendações em função da pontuação obtida

No subteste seguinte, avaliação indireta com semissólidos é composta de quatro itens (Trapl et al., 2007), sendo três deles com resposta dicotômica “sim” ou “não”: a presença de tosse involuntária antes, durante e depois da deglutição – até 3 minutos depois), a presença de sialorreia e alterações da voz após a deglutição do bólus semissólido. O quarto item que compõe esta parte do instrumento é a deglutição, com três possibilidades de resposta: deglutição impossível, atraso na deglutição e deglutição bem sucedida. O teste inicia-se com meia colher de chá de água espessada e a quantidade administrada vai sendo progressivamente aumentada até cinco colheres de chá, dependendo da inexistência de critérios de aspiração (assim são denominados os itens no instrumento). A obtenção de uma pontuação de cinco pontos garante o sucesso da primeiro subteste direto, permitindo progredir para a consistência de líquido. Para valores inferiores a cinco pontos, e somando o subteste indireto da deglutição, obtém-se a pontuação inferior a 10 pontos, que implica a interrupção da aplicação do instrumento, sendo que o enfermeiro deverá atuar de acordo com as recomendações (figura 2). O subteste “líquido” é realizado com os mesmos itens que o anterior subteste, iniciando com três mililitros de água, progredindo até 50 mililitros. Tal como no subteste anterior, a pontuação de 5 garante o sucesso do subteste “líquido”, permitindo progredir para a consistência de sólido. Para este último subteste, é utilizado um pedaço de pão sem cêdea ou pedaço de bolacha (com 1,5

centímetros x 1,5 centímetros) para testar a deglutição, incidindo a avaliação nos mesmo itens que os subtestes anteriores (figura 3).

2. Direct Swallowing Test (Material: Water, food thickener, teaspoon, cup, syringe, bread, biscuit)

In the following order	SEMISOLID →	LIQUID →	SOLID
	½ teaspoon of thickened water (IDDSI: Level 3) If there are no symptoms apply 3-5 more teaspoons Stop the investigation if one of the 4 aspiration criteria is observed	Offer 3, 5, 10, 20 ml of water in a cup followed by 50 ml of water. (sequential swallows) Stop the investigation if one of the 4 aspiration criteria is observed	Offer a piece of bread without crust and/or a piece of biscuit (max. 1.5 x 1.5cm) Stop the investigation if one of the 4 aspiration criteria is observed
DEGLUTITION			
▪ Swallowing not possible	0 ☐	0 ☐	0 ☐
▪ Swallowing delayed (semisolids, fluids > 2 sec. solids > 10 sec.)	1 ☐	1 ☐	1 ☐
▪ Swallowing successful	2 ☐	2 ☐	2 ☐
COUGHING (involuntary) (before, during and after swallowing - until 3 minutes later)			
▪ Yes	0 ☐	0 ☐	0 ☐
▪ No	1 ☐	1 ☐	1 ☐
DROOLING			
▪ Yes	0 ☐	0 ☐	0 ☐
▪ No	1 ☐	1 ☐	1 ☐
VOICE CHANGE (Listen to the voice before and after swallowing - Patient should say „Ohhh“)			
▪ Yes	0 ☐	0 ☐	0 ☐
▪ No	1 ☐	1 ☐	1 ☐
SUM:	(5)	(5)	(5)
	1 – 4 = Stop the test see GUSS-Evaluation 5 = Continue „Liquid“	1 – 4 = Stop the test see GUSS-Evaluation 5 = Continue „Solid“	
SUM: (Indirect Swallowing Test AND Direct Swallowing Test) _____ (20)			

Figura 3 - GUSS: teste direto da deglutição

Também na parte do teste direto da deglutição os itens são independentes e apenas a pontuação de “um” nos itens “tosse”, “sialorreia” e “alterações na voz” e a pontuação “dois” no item “deglutição” garantem a prossecução da avaliação para o subteste seguinte ou conclusão da avaliação com sucesso. Uma pontuação de 20 no final do instrumento traduz-se num grau de severidade de “disfagia ligeira/sem disfagia” e “sem risco/risco mínimo de aspiração” (Trapl et al., 2007), permitindo que a pessoa seja alimentada com uma dieta normal. O GUSS faz também recomendações nutricionais de acordo com a gravidade da disfagia (Trapl et al., 2007).

Assim, os resultados da pontuação do GUSS resultam em quatro categorias de severidade da disfagia: grave (<10), moderada (10 a 14), leve (15 a 19) e disfagia ligeira/sem disfagia (20 pontos). O risco de aspiração é identificado entre as pontuações totais de 14 e 15.

Como recomendação opcional, a partir de 19 e menos, sugerem-se mais avaliações funcionais da deglutição e encaminhamento para a terapêutica da fala.

Barnes-Jewish Hospital-Stroke Dysphagia Screen

O BJH-SDS é composto por quatro itens de avaliação indireta e um teste direto da deglutição (Edmiaston et al., 2014). Os itens de avaliação indireta, de resposta dicotômica “sim” ou “não”, são: pontuação da escala de Coma de Glasgow inferior a 13, a presença de assimetria/fraqueza facial, a presença de assimetria/fraqueza da língua e a presença de assimetria/fraqueza do palato. A resposta “sim” a qualquer um dos itens implica a interrupção do teste e encaminhamento da pessoa para avaliação especializada. O item do teste direto da deglutição consiste em oferecer à pessoa 90 mililitros de água, a serem ingeridos em goles sequenciais. O observador deve então registrar a presença de qualquer sinal de aspiração (pigarreio, tosse ou alterações da qualidade vocal imediatamente após e no minuto seguinte à deglutição) e se não se verificar a presença de qualquer um destes sinais de aspiração, a pessoa poderá iniciar uma dieta normal (Edmiaston et al., 2014). A presença de sinais de aspiração implica o encaminhamento para avaliação especializada (figura 4).

Barnes-Jewish Hospital Stroke Center

The Center for Stroke and Cerebrovascular Disease

BARNES-JEWISH

Hospital of Saint Louis Physicians

NATIONAL LEADERS IN MEDICINE

BJH STROKE DYSPHAGIA SCREEN

Date: _____

To be completed on all patients upon admission with diagnosis of stroke. If any of the following questions are answered with a yes, stop and refer to speech pathology.

	YES	NO
1. Is the Glasgow Coma Scale LESS than 13?	☐	☐
2. Is there Facial Asymmetry/Weakness?	☐	☐
3. Is there Tongue Asymmetry/Weakness?	☐	☐
4. Is there Palatal Asymmetry/Weakness?	☐	☐
5. Are there signs of aspiration during the 3 oz. water test?	☐	☐

- If all findings for the first 4 questions are **NO**, proceed to the 3 oz. water test.
- Administer 3 oz. of water for sequential drinks, note any throat clearing, cough, or change in vocal quality immediately after and 1 minute following the swallow. If clearing, coughing, or change in vocal quality is noted, refer to speech therapy.
- If all of the answers to the above questions are **NO**, then start the patient on a regular diet.

R.N. Signature

Assessment methodology and form developed by Barnes-Jewish Hospital, Speech Pathology Services.
©2006, All Rights Reserved.

Figura 4 - BJH-SDS

Também no BJH-SDS os itens são independentes, uma vez que a resposta sim a um dos itens implica a interrupção da aplicação do instrumento, independentemente do resultado dos restantes.

The Toronto Bedside Swallowing Screening Test®

No que concerne o TOR-BSST© (Martino et al., 2009), não foi possível aceder ao instrumento devido a direitos de propriedade. Os itens incluídos são a qualidade vocal antes e após deglutição de água, movimento da língua e deglutição de água, avaliados numa escala dicotómica de “passar ou falhar”. Para a aplicação do instrumento a pessoa deve estar alerta, ser capaz de permanecer sentada e capaz de compreender e obedecer a ordens verbais simples. Tal como nos instrumentos antes descritos os itens são independentes uma vez que a resposta “falhar” em um dos itens determina um rastreio positivo. Nenhuma outra informação está disponível no artigo que publica os resultados da validação deste instrumento, sobre a pontuação/classificação ou referência em caso de rastreio positivo.

Estes foram os instrumentos identificados passíveis de utilização por enfermeiros no contexto da pessoa com AVC em fase aguda, não se encontrando nenhum deles validado para a população portuguesa.

2. QUESTÃO NORTEADORA DO ESTUDO, OBJETIVO E FINALIDADE

A evidência sugere que o rastreio sistemático da disfagia na pessoa após o AVC permite reduzir o impacto de algumas das complicações decorrentes deste quadro clínico (Middleton et al., 2017; Palli et al., 2017). São várias as organizações internacionais que advogam o rastreio sistemático da disfagia a todas as pessoas nas primeiras horas após AVC (Burgos et al., 2018; Powers et al., 2018). Neste contexto, foram identificados os instrumentos de rastreio da disfagia passíveis de utilização por enfermeiros (Oliveira, Mota, Freitas, & Ferreira, 2019) emergindo a seguinte questão de investigação: quais as propriedades psicométricas das versões portuguesas destes instrumentos? Para além disso, e reforçando a pertinência deste estudo, os achados de um estudo recente realizado em Portugal apontam para a falta de sistematização do rastreio e a não utilização de instrumentos de medição adequados (Oliveira, Couto, & Mota, 2020).

Assim, e com o objetivo de validar para a população portuguesa o Gugging Swallowing Screen (GUSS) e o Barnes-Jewish Hospital Stroke Dysphagia Screen (BJH-SDS), para rastreio da disfagia na pessoa após AVC, foi desenvolvido um estudo metodológico, enquadrado na primeira etapa deste percurso de investigação.

A figura 5 ilustra o plano geral deste percurso de investigação, com destaque para a sua primeira etapa:

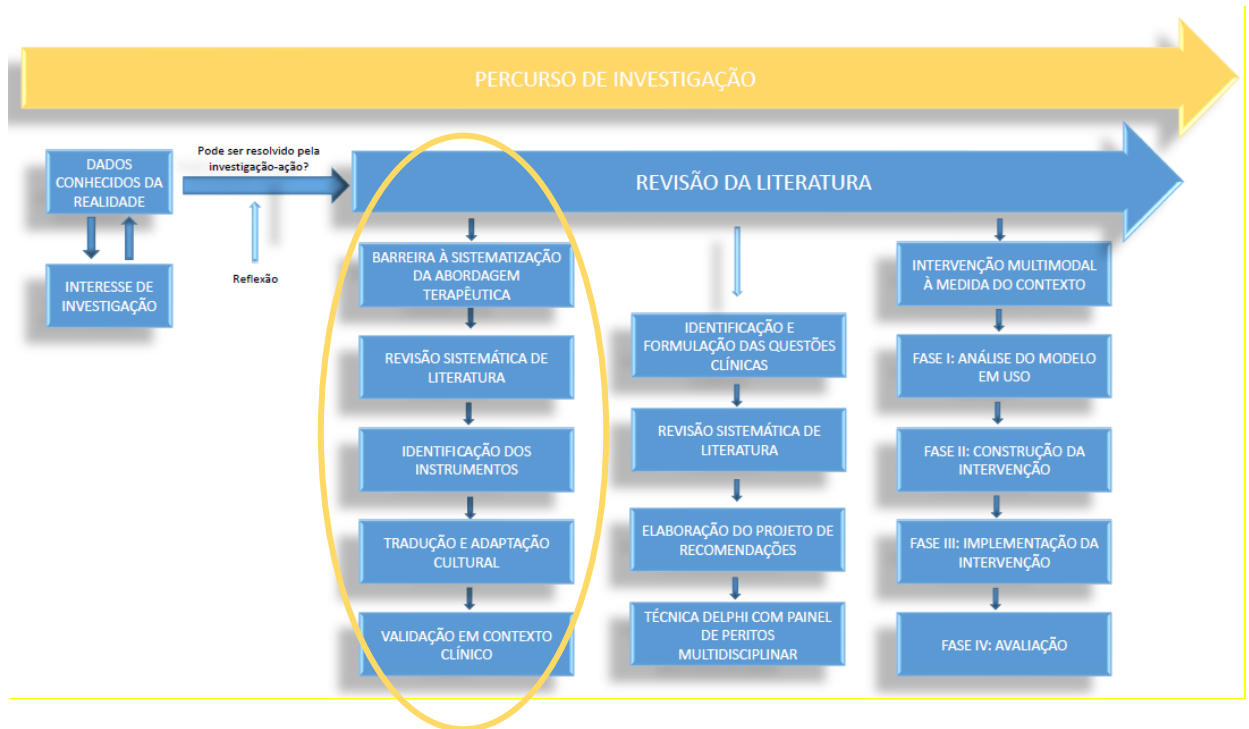


Figura 5 - Percurso de investigação – primeira etapa

Este estudo teve como finalidade o de disponibilizar instrumentos de rastreio da disfagia adequados à população portuguesa para utilização por enfermeiros na pessoa após AVC, respondendo assim a um dos constrangimentos identificados na literatura para a sistematização da abordagem terapêutica à pessoa com deglutição comprometida.

3. MÉTODO

O método é um percurso, previamente estabelecido, dirigido a atingir um determinado fim. Não define até onde ir, mas sim como fazê-lo. Por isso, tão importante como os resultados, será a descrição desse percurso. Neste sentido, nos pontos que se seguem apresentam-se os métodos de cada uma das fases do estudo e considerações éticas.

3. 1 Desenho do estudo

Existem já desenvolvidos vários instrumentos de avaliação e medição em saúde, muitos deles que medem o mesmo construto, desenvolvidos para a mesma população e ainda assim existem novos a serem desenvolvidos (Mokkink et al., 2016) pelo que, neste contexto, se optou pela adaptação de instrumentos com validade documentada, em vez de criar um novo, pois a adaptação transcultural é mais rápida e supõe-se que produza medida equivalente (Epstein et al., 2015).

Escolher um instrumento de medição e avaliação em saúde, neste caso em concreto um instrumento de rastreio, depende da ponderação de vários fatores: relativos à organização e estrutura da instituição de saúde, a questões de natureza clínica e também, da disponibilidade de profissionais e recursos (Donovan et al., 2013). Portanto, um único instrumento de rastreio pode não ser apropriado para todos os contextos clínicos e a decisão sobre o instrumento a utilizar deve ser da equipa multidisciplinar, atendendo aos fatores que influenciam essa decisão.

Neste sentido, e considerando que os instrumentos identificados na revisão sistemática da literatura (Oliveira, Mota, Freitas & Ferreira, 2019) apresentam diferentes características, nomeadamente no tempo de aplicação, necessidade de treino prévio para a sua utilização e existência de recomendações dietéticas, foi considerado como mais pertinente a realização da tradução, adaptação cultural e validação dos três instrumentos. Foi para isso solicitada a autorização aos autores dos três instrumentos para a tradução, adaptação cultural e validação dos mesmos para a população portuguesa. Foi obtido consentimento para dois deles: o GUSS e para o BJH-SDS (anexo I). Não foi possível avançar com a tradução, adaptação cultural e validação do terceiro instrumento uma vez que autora apenas autoriza que este processo seja realizado por terapeutas da fala (informação

disponibilizada na página da autora²). Para além, disso condiciona a autorização para a validação ao pagamento de uma licença para utilização.

Com a finalidade de disponibilizar instrumentos de rastreio da disfagia na pessoa com AVC na fase aguda adequados à população portuguesa e para dar resposta ao objetivo deste primeiro estudo, decidiu-se pela realização de um estudo metodológico (Polit & Beck, 2011), com duas fases sequenciais (figura 6).

A adaptação e validação de um questionário são dois processos diferentes que devem ser distinguidos e realizados com cuidado (Epstein et al., 2015). Na primeira fase procedeu-se à tradução e adaptação cultural dos dois instrumentos, considerando a natureza dos métodos a utilizar: tradução, reconciliação, retroversão e revisão clínica. Na segunda fase foram determinadas a validade, pela comparação com o padrão ouro e teste de hipóteses e a fiabilidade inter observadores, destes dois instrumentos (Mokkink et al., 2016).

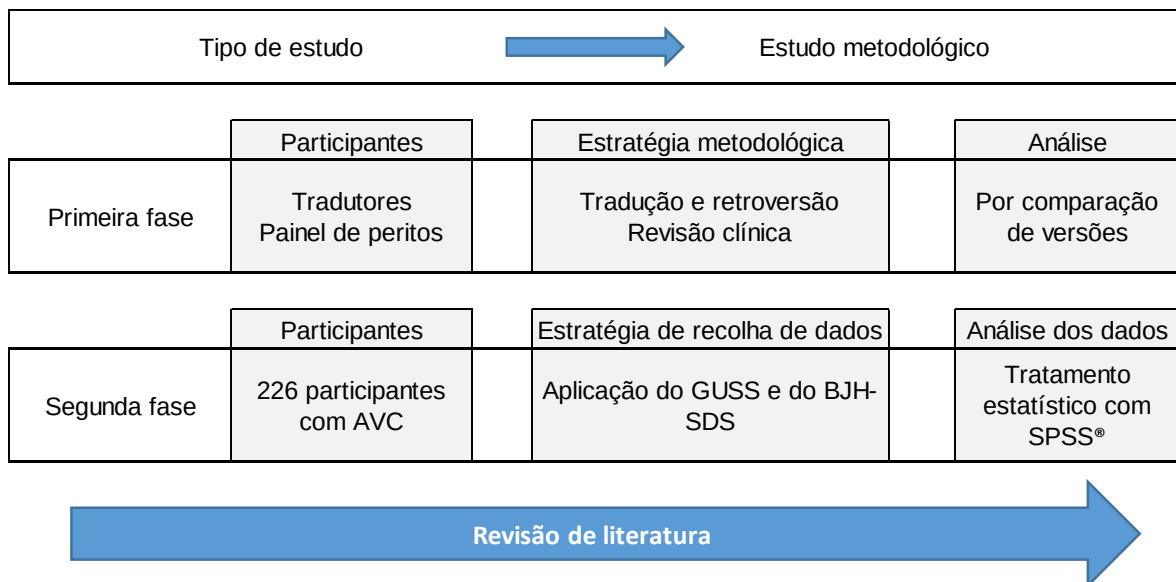


Figura 6 - Desenho do estudo de tradução, adaptação cultural e validação do GUSS e do BJH-SDS

As estratégias definidas para a determinação da validade e da fiabilidade orientam o desenho do estudo, a seleção da amostra, os dados a recolher, bem como os procedimentos para o tratamento de dados (Johnson, 2013). Uma das estratégias para determinação da validade de construto foi o teste de hipóteses, procurando-se assim verificar a existência ou não das relações esperadas entre as variáveis expressas nas hipóteses formuladas (Polit & Beck, 2011). Neste estudo foram formuladas as hipóteses,

² <https://swallowinglab.com/tor-bsst/>

considerando que existe evidência que permite prever relações entre variáveis (Johnson, 2013).

H0: Não existe correlação entre as pontuações de maior severidade da *National Institute of Health Stroke Scale* (NIHSS) e a gravidade/rastreio positivo da disfagia usando o GUSS.

H0: Não existe correlação entre as pontuações de maior severidade da NIHSS e a gravidade/rastreio positivo da disfagia usando o BJH-SDS.

A formulação destas hipóteses é suportada pela evidência de maior incidência de disfagia em indivíduos com AVC com maior severidade (Koennecke et al., 2011). A NIHSS quantifica a severidade neurológica decorrente do AVC (Brott et al., 1989), pelo que será esperado que para uma pontuação mais elevadas na NIHSS, aumente a probabilidade de disfagia.

H0: Não existe correlação entre as pontuações de maior gravidade do coma pela Escala de Glasgow e a gravidade/rastreio positivo da disfagia usando o GUSS.

H0: Não existe uma correlação entre as pontuações de maior gravidade do coma pela Escala de Glasgow e a gravidade/rastreio positivo da disfagia usando o BJH-SDS.

Para a realização do rastreio da disfagia é apontada como primeira condição que a pessoa esteja alerta e capaz de obedecer a ordens verbais simples, pressupondo-se que alterações ao estado de consciência estarão relacionados com maior probabilidade de disfagia (Cohen, et al., 2016).

H0: Não existe correlação entre a lateralidade do AVC (direita) e gravidade/rastreio positivo da disfagia usando o GUSS.

H0: Não existe correlação entre a lateralidade do AVC (direita) e gravidade/rastreio positivo da disfagia usando o BJH-SDS.

H0: Não existe correlação entre a idade mais velha e gravidade/rastreio positivo da disfagia usando o GUSS.

H0: Não existe correlação entre a idade mais velha e gravidade/rastreio positivo da disfagia usando o BJH-SDS.

Existe evidência que sugere um aumento da disfagia em AVC à direita (Suntrup et al., 2015), assim como existe evidência consistente com aumento da disfagia com a idade (Koennecke et al., 2011).

H0: Não existe correlação no rastreio positivo para a disfagia entre os instrumentos (GUSS e BJH-SDS).

Tendo em conta as propriedades psicométricas dos instrumentos nas suas versões originais, procurar-se-á determinar se os resultados da sua aplicação apontam no mesmo sentido.

H0: Não existe uma correlação entre a perceção do avaliador e o resultado de disfagia usando o GUSS.

H0: Não existe correlação entre a perceção do avaliador e o resultado de disfagia usando o BJH-SDS.

Sendo selecionados, para proceder à recolha de dados, enfermeiros com extensa experiência clínica nesta área, preferencialmente enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação (EEER), a sua perícia fará supor maior capacidade de identificação dos sujeitos com maior probabilidade de disfagia.

A acuidade na medida e quantificação são parte integrante e preponderante em investigação quantitativa. Consequentemente, o objetivo, as hipóteses de investigação e o desenho do estudo devem ficar claramente descritos.

3. 2 Tradução e adaptação cultural do GUSS e BJH-SDS

A tradução e adaptação cultural de um instrumento de medição e avaliação em saúde tem implícita uma metodologia própria que garanta a equivalência entre a versão original e as versões traduzidas/adaptadas (Beaton et al., 2000). Este é um processo que vai além da tradução literal e procura captar os significados constantes do instrumento (Wild et al., 2005).

Uma vez obtidos os consentimentos por parte dos autores, foi elaborado um plano de tradução e adaptação cultural (tabela 1) que procurasse orientar a investigadora e que fosse ao encontro das especificidades que estes instrumentos compreendem: a utilização por profissionais de saúde e o nível de exigência na interpretação da linguagem utilizada.

Tabela 1 - Plano de tradução e adaptação cultural³

Etapas	Componentes	Racional
Etapas 1 - Preparação	Obtenção das autorizações junto dos autores dos instrumentos	Respeito pela propriedade intelectual
	Identificação dos tradutores necessários ao processo de tradução e retroversão	Seleção de tradutores com perfil adequado – nativo nas línguas alvo da tradução e retroversão e com, pelo menos, experiência em tradução na área da saúde.
	Provisão de explicitação dos conceitos base aos tradutores	Informação clara sobre a estrutura concetual dos instrumentos permitirá obter uma tradução com significado e não simplesmente uma tradução literal.
Etapas 2 - Tradução	Desenvolvimento de, pelo menos, duas traduções, por dois tradutores independentes na língua alvo (português)	Uma só tradução poderá ficar enviesada pelo estilo individual do tradutor.
Etapas 3 - Reconciliação	Reconciliação das versões numa só por dois dos investigadores	Permite resolver discrepâncias, por meio de consenso, obtendo uma versão isenta de vieses de estilos de escrita. Permite igualmente resolver interpretações erróneas obtidas na tradução.
Etapas 4 - Retroversão	Retroversão por, pelo menos, um tradutor independente nativo na língua alvo (inglês)	Este processo serve como controlo da qualidade da tradução, demonstrando que a qualidade da tradução é tal que o mesmo significado se mantém quando traduzido para a língua original.
Etapas 5 - Revisão da retroversão	Revisão da retroversão pelos investigadores	Revisão da retroversão com a versão original no sentido de identificar alguma discrepância. Nesta fase a retroversão é remetida para os seus autores igualmente para um processo de revisão.
Etapas 6 - Revisão Clínica	Identificação de peritos para a revisão clínica	Seleção de peritos com perfil adequado para revisão clínica dos instrumentos – docentes de Enfermagem, enfermeiros, enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação, terapeutas da fala e médico que detenham experiência clínica/ensino nesta área de pelo menos 10 anos.
	Revisão Clínica	Permite assegurar a validade facial dos instrumentos, assegurando que fazem sentido (compreensibilidade e equivalência cognitiva) para quem os preenche e para quem utiliza os seus resultados para o apoio à tomada de decisão (profissionais de saúde). Permite igualmente identificar itens inapropriados ou outros aspetos que causem confusão.

3.3 Validação do GUSS e do BJH-SDS

Os estudos que publicaram a validação destes instrumentos constituíram-se como a principal orientação para a segunda parte deste estudo uma vez que, segundo Epstein et

³ Adaptado de Wild et al. (2005)

al. (2015), a maior parte das orientações para adaptação cultural inclui métodos para verificar a validade do conteúdo, ao mesmo tempo que a adaptação, no entanto, as orientações, raramente fornecem, métodos de testar a validade da medição.

Assim, num segundo momento, foi desenvolvido um estudo multicêntrico de validação destes instrumentos em contexto clínico. Antes de descrever os métodos utilizados para averiguar a validade e fiabilidade dos instrumentos, importa salientar que a falta de consenso quer na terminologia, quer na definição das propriedades de medida nas diferentes áreas que contribuem para a medição em saúde levou à elaboração de um consenso internacional relativamente à taxonomia, terminologia e definição das mesmas (Mokkink et al., 2010b) e que serão os utilizados neste capítulo como referência. Pelo exposto, procurar-se-á providenciar uma descrição clara dos métodos utilizados, justificando a escolha de cada um deles.

3.3.1 Contexto

Este estudo foi autorizado (anexo II) e desenvolvido nas unidades de AVC (UAVC) das seguintes instituições hospitalares: Unidade Local de Saúde da Guarda (ULSG), Centro Hospitalar Cova da Beira (CHCB), Centro Hospitalar Universitário do Porto (CHUP), Centro Hospitalar Universitário de Coimbra (CHUC) e Centro Hospitalar Universitário de S. João (CHUSJ). Foi também desenvolvido nos serviços de internamento de neurologia no Centro Hospitalar Universitário do Porto e no Centro Hospitalar Universitário de Coimbra.

Para a implementação da recolha de dados foi preparada formação sobre os procedimentos de utilização dos instrumentos, incluindo explicação detalhada dos procedimentos específicos de recolha de dados e obtenção de consentimento, antecedida de um enquadramento sobre a anatomofisiopatologia do processo de deglutir e complicações da disfagia. Esta formação foi desenhada para ter a duração de uma hora e como população-alvo os enfermeiros implicados na recolha de dados. Para a preparação desta formação e como material de apoio suplementar aos profissionais, a autora realizou a tradução das instruções de utilização do GUSS⁴ (Oliveira & Mota, 2019).

Foram convidados a participar no estudo dois enfermeiros em cada serviço - com maior tempo de experiência profissional no serviço e preferencialmente especialistas em Enfermagem de Reabilitação - para colaborar na recolha de dados. A decisão de convidar dois enfermeiros em cada serviço (no CHUSJ foram incluídos três por decisão da equipa) justificou-se pela necessidade da existência de um segundo enfermeiro para a recolha de

⁴ Disponível em https://gussgroupinternational.files.wordpress.com/2018/08/guss_instruc3a7c3b5es_pt.pdf

dados e assim possibilitar a determinação da fiabilidade inter observadores. A escolha destes profissionais foi realizada pelos enfermeiros chefes dos serviços tendo em conta as especificidades relacionadas com a recolha de dados e disponibilidade dos mesmos para participar no estudo.

3.3.2 *Participantes*

Atendendo à questão norteadora de investigação e o objetivo delineado, a população compreende todas as pessoas acometidas com AVC em fase aguda. A população-alvo é o grupo a quem a generalização se destina, o que é essencialmente definido pela questão de investigação, objetivo e finalidade do estudo (McLaren, 2013). A partir desta população foi definido um plano de amostragem que orientou para a forma como os participantes foram selecionados.

Considerando que este estudo tem como objetivo a validação de instrumentos de medição já validados em outros contextos clínicos, os critérios de elegibilidade definidos para a seleção dos participantes tiveram por base os mesmo previamente definidos pelos autores do GUSS (Trapl et al., 2007) e do BJH-SDS (Edmiaston et al., 2014).

Para o GUSS foram incluídas as pessoas com primeiro AVC admitidos na UAVC nos dias úteis, de segunda a quinta-feira, durante cinco meses, sendo definidos como critérios de exclusão enfartes cerebrais múltiplos, disfagia atribuída a qualquer outra causa, sonolência ou coma nas primeiras 24 horas (Trapl et al., 2007).

No que concerne o BJH-DSD, foram incluídas todas as pessoas consecutivamente admitidas na UAVC, durante 17 meses, com AVC isquémico ou hemorrágico, tendo sido excluídas todas as pessoas com suspeita de gravidez ou grávidas, os não elegíveis para a realização da videofluoroscopia, pessoas com alteração do estado de consciência (definido como incapaz de responder a estímulos verbais) e com impossibilidade de permanecerem na posição de sentado (Edmiaston et al., 2014).

Assim, e tendo em atenção os critérios definidos para os estudos de validação do GUSS (Trapl et al., 2007) e do BJH-SDS (Edmiaston et al., 2014), foram definidos para este estudo os seguintes critérios de elegibilidade: a) adultos (≥ 18 anos) consecutivamente admitidos, com diagnóstico de primeiro AVC, confirmado imagiologicamente, b) sem história clínica de compromisso da deglutição, c) a quem não tenha sido previamente testada a capacidade de deglutição ou administrados líquidos, alimentos ou medicação por via oral e d) que tenham consentido à participação no estudo (ou que se tenha obtido o consentimento junto do familiar responsável sempre que a pessoa não tenha condições de o fornecer).

Esta foi uma amostra não probabilística de conveniência (Polit & Beck, 2011). Para este estudo foi considerado como objetivo a inclusão de pelo menos 225 participantes, o que corresponde à dimensão da amostra do estudo de validação do BJH-SDS (Edmiaston et al., 2014), a amostra de maior dimensão entre os dois estudos. Os investigadores calcularam, numa análise de potência tendo como referência uma prevalência de 35% de disfagia, que esta seria a dimensão necessária para estimar com maior precisão a sensibilidade e especificidade do instrumento, dentro de 10% dos valores verdadeiros (Edmiaston et al., 2014).

3.3.3 *Estratégia de recolha e tratamento dos dados*

A metodologia de validação noutra língua e cultura de um instrumento de avaliação e medição em saúde deve ter por base a metodologia de validação no seu formato original, partindo-se do princípio que o conceito subjacente e as hipóteses são os mesmos do questionário na sua primeira versão (Epstein et al., 2015; Mokkink et al., 2010a). Por isso, procurou-se replicar, o mais fielmente possível, a metodologia utilizada, recorrendo às mesmas medidas.

Para além das versões obtidas no primeiro momento, cujas características foram já descritas anteriormente, foram utilizados mais dois questionários: um deles para a caracterização sociodemográfica e clínica dos participantes (anexo III) e outro para a caracterização sociodemográfica dos enfermeiros que realizaram a recolha de dados (anexo IV).

O instrumento para a recolha dos dados para a caracterização sociodemográfica e clínica dos participantes foi constituída pelos seguintes itens: a) idade, b) género, c) terapia de revascularização (trombólise e/ou trombectomia), d) tipo de AVC, e) tempo decorrido desde o AVC até à aplicação do instrumento, f) antecedentes (hipertensão arterial, tabagismo, Diabetes, patologia cardíaca, Acidente Isquémico Transitório, dislipidemia, alcoolismo, obesidade e fibrilhação auricular), g) pontuação da Escala de Coma de Glasgow, h) resultado da avaliação instrumental (videofluoroscopia ou fibroendoscopia da deglutição), i) pontuação da NIHSS; j) a perceção do enfermeiro sobre a probabilidade da pessoa apresentar deglutição comprometida (nenhuma, ligeira, média, elevada e certa) e a data e hora de aplicação.

O item da perceção do enfermeiro sobre a probabilidade de a pessoa apresentar deglutição comprometida foi introduzido com o propósito de utilizar a perceção dos enfermeiros, enquanto peritos, como referência para a validação, antevendo-se dificuldades na obtenção de resultados da avaliação instrumental. A dificuldade na obtenção destes

resultados foi desde cedo percebida pela investigadora (ainda durante a fase de preparação para submissão do projeto de investigação às comissões de ética das instituições participantes), uma vez que os profissionais dos serviços participantes (enfermeiros e médicos) referiram que não é realizada habitualmente avaliação instrumental da capacidade de deglutição nas pessoas com rastreio positivo. Para além deste aspeto, e não tendo sido este estudo objeto de qualquer fonte de financiamento, as instituições de saúde, no atual contexto económico, não autorizam a realização de estudos que impliquem custos para a mesma. Neste sentido, foi solicitado que fosse dado acesso à investigadora aos resultados da avaliação instrumental da deglutição por videofluoroscopia ou fibroscopia, que fossem realizados no âmbito dos cuidados habituais a prestar às pessoas, durante o internamento.

Assim, as orientações dadas aos enfermeiros que procederam à recolha dos dados foi que deveriam, antes de aplicarem os instrumentos, e após a recolha dos dados sociodemográficos e clínicos e primeiro contacto com o participante, assinalar no questionário a probabilidade, baseada na sua experiência e perceção clínica, deste apresentar deglutição comprometida e em que medida. Durante a formação realizada nos serviços para preparação dos profissionais para a utilização dos instrumentos, foi reforçado juntos destes enfermeiros esta estratégia para a recolha de dados, para que o resultado da aplicação dos instrumentos não enviesasse a sua perceção. Para a determinação da medida de fiabilidade, os enfermeiros foram também instruídos para que um segundo avaliador aplicasse o instrumento num período inferior a 24 horas em relação à primeira avaliação, a cerca de um quinto dos participantes, sem que fosse dado a conhecer o resultado da primeira aplicação. Assim, garantiu-se que o segundo avaliador foi *cego* para o resultado da primeira aplicação dos instrumentos.

Com o objetivo de robustecer a validade dos instrumentos nas suas versões traduzidas e adaptadas, foram também utilizados os dados recolhidos das variáveis clínicas da lateralidade do AVC, pontuação do NIHSS e a pontuação da Escala de Coma de Glasgow e o resultado dos instrumentos entre si, para validade de construto através de teste de hipóteses (Mokkink, Terwee, Knol, et al., 2010).

O teste de hipóteses deve incluir uma indicação da direção esperada e magnitude das correlações ou diferenças, ie, o teste de hipóteses é sobre se a direção e magnitude de uma correlação ou diferença é semelhante ao que se poderia esperar com base no construto que está a ser medido (Mokkink et al., 2010a). Quanto mais hipóteses forem testadas relativamente à correspondência dos dados com as hipóteses formuladas *a priori*, mais evidência é produzida da validade de construto (Mokkink, Terwee, Knol, et al., 2010).

O questionário de caracterização sociodemográfica dos enfermeiros participantes na recolha de dados foi constituído pelos seguintes itens: a) idade, b) género, c) tempo total de exercício da profissão, d) tempo total de exercício no serviço atual e e) título profissional (enfermeiro ou enfermeiro especialista com identificação da área de especialidade).

A compreensão da aplicação do instrumento, da interação entre os itens (variáveis) e do seu sistema de pontuação é indispensável para a escolha correta das estratégias e recursos a utilizar para o tratamento dos dados recolhidos. A categorização e descrição dos métodos utilizados para a determinação da fiabilidade e validade dos instrumentos fundamenta-se muito mais nos objetivos dos instrumentos, dos itens que o compõe e da sua interação, do que numa hierarquia de métodos a seguir (Watson, 2013).

Os dois instrumentos submetidos ao processo de validação são distintos entre si, partilhando, no entanto, o mesmo objetivo: identificar a probabilidade de a pessoa testada apresentar compromisso da deglutição. As similitudes entre os itens dos instrumentos, o desenho do estudo de validação, teste de referência, dimensão da amostra e critérios para a determinação da disfagia/aspiração são escassas (Oliveira, Mota, Freitas & Ferreira, 2019). Comparando os dois instrumentos, verifica-se que ambos partem da premissa que o nível de consciência é fundamental para a sua aplicação: para o BJH-DSD a pessoa terá de apresentar uma pontuação mínima de 13 pontos para que o instrumento possa ser aplicado (Edmiaston et al., 2014) e no GUSS a pessoa terá de estar vígil pelo menos durante 15 minutos (Trapl et al., 2007). Outro dos itens em comum nos dois instrumentos é a qualidade vocal (Edmiaston et al., 2014; Trapl et al., 2007). Os instrumentos diferem nos restantes itens.

No entanto, o processo de construção dos instrumentos e seleção dos itens que compõe cada um deles foi muito semelhante e teve por base uma revisão de literatura realizada pelos autores. Nesta revisão de literatura, os autores procuraram evidência sobre os dados clínicos mais relevantes na identificação da disfagia e aspiração, para além de terem selecionado para a construção dos instrumentos os itens mais facilmente aplicáveis em contexto clínico (Edmiaston et al. 2014; Trapl et al., 2007). Este processo assegurou a validade de conteúdo dos instrumentos, na medida em que os itens incluídos nos instrumentos são um reflexo adequado do construto a medir (Mokkink et al., 2010b).

Importa agora descrever com maior rigor as medidas utilizadas para avaliar as propriedades psicométricas destes instrumentos, ie, as medidas usadas para determinar a validade e fiabilidade dos instrumentos (Watson, 2013).

A validade

Segundo o *International Society for Quality of Life Research*, a validade “não é uma propriedade do teste ou avaliação *per se*, mas sim o significado das pontuações dos testes”, ou seja, “é uma avaliação global do grau em que a evidência e a teoria suportam a interpretação das pontuações decorrentes das utilizações propostas do instrumento” (2017, p. 103). Resumidamente, refere-se ao grau em que o instrumento mede o que é suposto medir (Mokkink et al., 2010b). Dentro do domínio da validade, são consideradas três medidas: a validade de conteúdo, a validade de construto e a validade de critério (Mokkink et al., 2010b).

A validade de conteúdo, que compreende igualmente a validade facial (Mokkink et al., 2010b), foi assegurada no processo inicial de construção dos instrumentos e no processo de revisão clínica durante a fase de tradução e adaptação cultural dos mesmos (cfr. tabela 1), partindo do pressuposto que o construto “disfagia” é igual, independentemente da cultura ou país. Relativamente à validade de construto, que se refere à medida em que as pontuações dos instrumentos são consistentes com as hipóteses (por exemplo, relativamente a relações internas, relações com pontuações de outros instrumentos ou diferenças entre grupos relevantes), são distinguidos três aspetos: a) a validade estrutural, que se refere à medida em que a pontuação é um reflexo adequado da dimensionalidade do construto a medir; b) o teste de hipóteses, que traduz a existência de correlações entre os resultados do instrumento e outras variáveis, por exemplo - resultados de outros instrumentos, variáveis demográficas e/ou clínicas; e c) a validade intercultural, que corresponde à medida em que o desempenho dos itens de uma versão traduzida ou culturalmente adaptada são um reflexo adequado do desempenho dos itens na sua versão original (Mokkink et al., 2010b). Não se encontra descrita a determinação da validade de construto no processo de validação de qualquer um dos instrumentos, quer do GUSS, quer do BJH-SDS. Isto poderá estar relacionado com o facto de que a validade de construto se torna prescindível quando se trata da validação de instrumento de identificação de uma condição clínica, isto porque, tratando-se de instrumentos de rastreio, a validação assenta fundamentalmente na comparação com o teste referência (padrão ouro), ou seja, pela validade de critério, que indica o grau de concordância do resultado do instrumento com o resultado do padrão ouro (Mokkink et al., 2010b).

Para a determinação da validade de critério, por comparação com o padrão ouro ou teste referência, e considerando a natureza dos instrumentos, as medidas mais apropriadas são a sensibilidade e a especificidade (Watson, 2013). A sensibilidade e a especificidade referem-se à precisão dos resultados do instrumento de rastreio, comparativamente com o resultado do padrão ouro (Trevethan, 2017). A especificidade indica a capacidade que o

teste tem de identificar corretamente os indivíduos não têm a condição clínica e a sensibilidade indica a capacidade que o teste tem de identificar corretamente os indivíduos que têm a condição clínica (Watson, 2013).

Embora a sensibilidade e a especificidade sejam importantes, existem outras medidas com grande utilidade para fins clínicos. A sensibilidade e a especificidade olham retrospectivamente e os resultados do instrumento de rastreio também devem interpretar as pessoas testadas - olhar prospetivamente. Assim, os valores preditivos do teste são igualmente importantes. O valor preditivo positivo (VPP) refere-se à probabilidade que a pessoa tem de ter a condição, no caso de um teste com um resultado positivo; o valor preditivo negativo (VPN) refere-se à probabilidade de uma pessoa não ter a condição, perante um resultado do instrumento de rastreio negativo (Trevethan, 2017). Para salientar a distinção, pode-se dizer que sensibilidade e especificidade indicam a eficácia de um instrumento relativamente a uma referência externa, enquanto que o VPP e o VPN indicam a eficácia do instrumento na categorização das pessoas como tendo ou não a condição em causa (International Society for Quality of Life Research, 2017). Resumidamente, sensibilidade e especificidade indicam a concordância em relação ao teste referência, enquanto o VPP e o VPN, respetivamente, indicam a probabilidade que o teste possa identificar com êxito se as pessoas têm ou não a condição, com base nos seus resultados. “O valor preditivo positivo fornece os resultados mais diretamente relevantes para a decisão de usar ou não uma determinada medida” (International Society for Quality of Life Research, 2017, p. 105).

Para a determinação da especificidade, sensibilidade e valores preditivos dos instrumentos foram utilizados testes de referência distintos. A presença de disfagia e aspiração, no BJH-SDS, foi investigada usando videofluoroscopia da deglutição, num período máximo de 8 horas (média de 2 horas) após a aplicação do instrumento, por um investigador cego para o resultado do rastreio (Edmiaston et al., 2014). A aspiração na videofluoroscopia da deglutição foi classificada de acordo com a *New Zealand Index of Multidisciplinary Evaluation of Swallowing* e a *Dysphagia Outcomes Severity Scale* (Edmiaston et al., 2014). No GUSS, foi utilizada a fibroendoscopia da deglutição, cujo avaliador foi cego para o resultado do instrumento, tendo a mesma sido realizada num período máximo de 24 horas após o início do AVC (Trapl et al., 2007). A avaliação da presença de aspiração na fibroendoscopia da deglutição foi classificada de acordo com a *Penetration Aspiration Scale* (Rosenbek et al., 1996).

A Fiabilidade

A fiabilidade traduz a medida em que os resultados do instrumento, para pessoas cuja condição clínica não se alterou, se mantêm iguais quando medidos sob diferentes condições: usando conjunto de itens diferentes do mesmo instrumento (consistência interna), ao longo do tempo (teste-reteste), por diferentes observadores no mesmo momento (inter observadores) e pelo mesmo observador em momentos diferentes (intra observadores) (Mokkink et al., 2010b).

Quanto à escolha da medida de fiabilidade a utilizar existem dois aspetos que importa salientar e que justificam a escolha de apenas uma medida de fiabilidade. O primeiro tem a ver com a elevada probabilidade de alterações no estado neurológico da pessoa, num curto espaço de tempo, o que tem repercussões na capacidade para deglutir (Edmiaston et al., 2014), tornando desta forma impraticável a avaliação da medida de fiabilidade intra observadores e teste-reteste (Mokkink et al., 2010b).

Segundo, importa reforçar que os itens que compõem os instrumentos são independentes, ie, é o conjunto de todos os itens que forma o construto, não estando relacionados entre si, o que torna irrelevante a avaliação da consistência interna dos instrumentos. A medida de consistência interna apenas tem significado interpretável quando: a) a inter-relação entre os itens é determinada por um conjunto de itens que juntos formam um modelo reflexivo e b) todos os itens formam uma (sub)escala unidimensional (Mokkink, Terwee, Knol, et al., 2010). Um modelo reflexivo é aquele em que todos os itens são uma manifestação do mesmo construto, sendo esperado que exista uma forte correlação entre eles e que sejam permutáveis; em contrapartida, num modelo formativo, é o conjunto dos itens que formam o construto, não tendo de estar correlacionados (Mokkink, Terwee, Knol, et al., 2010). Daqui resulta não haver interesse na determinação da consistência interna porque os itens formam um modelo formativo.

Assim, foi utilizada como medida de fiabilidade o resultado dos instrumentos aplicados por diferentes pessoas ao mesmo participante e num mesmo intervalo de tempo. Para a determinação da fiabilidade inter observadores, os enfermeiros de cada serviço encarregados da recolha de dados foram instruídos no sentido de realizarem uma segunda aplicação do instrumento, sempre que tal se mostrasse viável, de modo a garantir que o segundo avaliador fosse cego para o resultado da primeira avaliação.

As medidas de validade e fiabilidade utilizadas pelos autores foram, respetivamente, a sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo e valor preditivo negativo (validade) e a fiabilidade inter observadores. No caso da BJH-SDS, também foi avaliada a fiabilidade

teste-reteste, duas semanas depois, com a visualização dos vídeos utilizados inicialmente para treino (Edmiaston et al., 2010).

As principais propriedades de medidas de validade e fiabilidade dos dois instrumentos encontram-se sumarizadas na tabela 2:

Tabela 2 - Medidas de validade e fiabilidade da GUSS e da BJH-SDS

Instrumento	Propriedades psicométricas
Barnes-Jewish Hospital-Stroke Dysphagia Screen (Edmiaston et al., 2014)	Sensibilidade (disfagia): 94%
	Especificidade (disfagia): 66%
	Sensibilidade (aspiração): 95%
	Especificidade (aspiração): 50%
	Valor preditivo positivo (disfagia): 71%
	Valor preditivo negativo (disfagia): 93%
	Valor preditivo positivo (aspiração): 41%
	Valor preditivo negativo (aspiração): 96%
Gugging Swallowing Screen (Trapl et al., 2007)	Fiabilidade inter observadores: $k=0.94$
	Fiabilidade teste-reteste: 92,5%
	Sensibilidade: 100%
	Especificidade: 69%
	Valor preditivo positivo: 74%
	Valor preditivo negativo: 100%
	Fiabilidade inter observadores: $k=0.835$

A escolha dos testes estatísticos mais apropriados para o tratamento dos dados depende do tipo de dados recolhidos (tipo de variáveis) e do desenho do estudo (Comiskey & Dempsey, 2013). Para o tratamento dos dados sociodemográficos e clínicos dos participantes e dos enfermeiros que procederam à recolha de dados foram utilizadas medidas estatísticas descritivas, com recurso ao aplicativo informático IBM SPSS, versão 25.0. Para o teste de significância e medida de fiabilidade, atendo à natureza das variáveis dos instrumentos a validar e variáveis clínicas, foram utilizados os testes estatísticos de Qui-quadrado, para um $\alpha = 0,05$, o t de Student, a curva de *receiver operating characteristic* (ROC) (para o cálculo da sensibilidade e especificidade) e o teste de concordância de Kappa de Cohen.

A tabela 3 sumaria as medidas de validade e fiabilidade e as respetivas estratégias para o tratamento dos dados:

Tabela 3 - Resumo das medidas de fiabilidade e validade utilizadas neste estudo

Propriedade de medida	Aspeto da propriedade de medida	Operacionalização das medidas	Teste estatístico
Fiabilidade			
Interobservadores		Aplicação dos instrumentos à mesma pessoa, num espaço de tempo inferior a 24 horas em relação à primeira aplicação – enfermeiro cego para o resultado da primeira aplicação	Teste de concordância de Kappa de Cohen
Validade de conteúdo		Realizada pelos autores das versões originais	
	Facial	Processo de revisão clínica assegurado através do painel de peritos	
De construto	Teste de hipóteses	Relação dos resultados dos instrumentos com as variáveis clínicas	Teste Qui-quadrado
	Intercultural	Relação dos resultados dos instrumentos com as variáveis clínicas	Teste Qui-quadrado
De critério		Comparação com resultado da videofluoroscopia da deglutição; comparação com resultado da percepção dos observadores	Teste Qui-quadrado Curva de ROC

3.4 Considerações Éticas

Desenvolver investigação em Enfermagem e adquirir conhecimento novo são um privilégio, não um direito, pelo que o conhecimento e a compreensão dos princípios éticos em investigação são fundamentais para as boas práticas de pesquisa, especialmente onde a vulnerabilidade é um problema. “Toda a investigação científica é uma actividade humana de grande responsabilidade ética pelas características que lhe são inerentes. Desde a selecção do problema até à publicação dos resultados, o investigador tem um longo caminho a percorrer (...)”, (Martins, 2008, p. 62).

Foi neste pressuposto que a investigadora realizou uma profunda reflexão sobre os aspetos éticos inerentes a este tipo de investigação, em todas as etapas do processo. A primeira reflexão ética foi exatamente sobre a relevância deste estudo, considerando que a população a estudar se encontra em situação de vulnerabilidade.

A condição clínica da população alvo deste estudo (pessoa após AVC, em fase aguda), para além das repercussões na função motora, pode igualmente ter repercussões severas na função cognitiva, o que determina a especial vulnerabilidade destes sujeitos, uma vez que apresentam capacidade reduzida de proteger o próprio interesse, que poderá ser manifestado por um comprometido em dar consentimento informado (Curtis & O'Connel, 2013). Daqui ressaltam os dois princípios fundamentais que orientaram este percurso de

investigação, na sua perspetiva ética: o princípio da beneficência (fazer o bem) e o princípio da não maleficência (não causar dano) (Nunes, 2013).

Fruto da experiência da investigadora em contexto de prática clínica, é consabido que todas as pessoas com AVC são avaliadas quanto à sua capacidade de deglutição, durante a fase aguda, no sentido de averiguar a existência ou não de compromisso na função deglutória, com vista à introdução de terapêutica oral e início da alimentação. O processo utilizado pelos profissionais diverge, considerando que não existem instrumentos validados, no entanto pressupõe o teste com alimentos ou líquidos (água) (Oliveira, Couto & Mota, 2020). Daqui decorre que a aplicação dos instrumentos não resulta num risco acrescido para os participantes uma vez que, incluído no seu plano terapêutico, em algum momento, a sua capacidade para deglutir será avaliada, recorrendo a estratégias mais ou menos padronizadas, dependendo do contexto clínico em causa.

Neste pressuposto, ponderados que foram os benefícios resultantes da evidência disponível até ao momento (Joundi et al., 2017), considerou-se que a realização deste estudo não comportaria riscos acrescidos para os participantes. Consideram-se estar salvaguardados os princípios da beneficência, na medida em que é expectável benefício para o próprio participante resultante da identificação precoce da probabilidade de compromisso na deglutição e, posteriormente, para a população, e não maleficência, avaliados que foram os riscos previstos deste estudo (Nunes, 2013).

Para a avaliação do potencial risco associado à utilização destes instrumentos em contexto clínico, foram fundamentais os dados das medidas de validade de sensibilidade e valor preditivo negativo, quer do GUSS (Trapl et al., 2007), quer do BJH-SDS (Edmiaston et al., 2014), que apresentando valores de 100% providenciaram a segurança necessária para a pessoa, não aumentando o risco de pneumonia por aspiração.

Da reflexão ética sobre a pertinência deste estudo e das implicações da sua implementação, nasceu a preocupação com direito à informação e autodeterminação das pessoas, potenciais participantes do estudo (Nunes, 2013), dada a condição de vulnerabilidade em que os mesmos se encontram. As situações de pessoas sem capacidade de compreender a informação, refletir sobre a mesma e tomar uma decisão sobre a sua participação no estudo, por alterações na sua capacidade cognitiva ou de comunicação, fragilizam uma parte fundamental do consentimento informado, em que o participante é capaz de entender do que trata o estudo, ponderar os riscos e benefícios e tomar uma decisão livre de coerção (Curtis & O'Connel, 2013), reforçando a importância e primazia dos princípios éticos que sustentaram esta investigação.

Neste contexto, foi solicitado o consentimento explícito, livre e esclarecido, por escrito, a todos os participantes, incluindo os enfermeiros que realizaram a recolha de dados (anexo V), tendo sido fornecida a informação sobre os objetivos do estudo, os procedimentos inerentes ao mesmo, informação clara sobre o tipo de dados a recolher, informação sobre os potenciais riscos, a garantia da privacidade e confidencialidade dos dados recolhidos, a natureza voluntária da sua participação neste estudo, informando que a pessoa poderia recusar ou desistir a qualquer momento da participação no estudo, sem que fosse prejudicado nos cuidados a serem prestados.

Nas situações em que a pessoa não estava capaz de fornecer consentimento, o mesmo foi pedido, respeitando os mesmos pressupostos, ao seu representante legal. Tendo em conta que a recolha de dados foi realizada pelos enfermeiros dos contextos de prática clínica onde foi desenvolvido o estudo, importa referir que os dados recolhidos foram entregues à investigadora já anonimizados, sem possibilidade de identificação dos participantes.

Sendo a investigadora enfermeira, a natureza regulada da profissão vincula a mesma ao seu Código Deontológico, onde claramente se alude que o enfermeiro desenvolve a sua atividade “(...) com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana (...)” (Lei n.º156/2015, de 16 de setembro, 2015, p. 8102), sendo princípios orientadores da atividade profissional dos enfermeiros “(...) O respeito pelos direitos humanos (...)” (Lei n.º156/2015, de 16 de setembro, 2015, p. 8102), estando obrigado ao dever de “(...) Respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado (...)” (Lei n.º156/2015, de 16 de setembro, 2015, p. 8103) e de “(...) Manter o anonimato da pessoa sempre que o seu caso for usado em situações de ensino, investigação (...)” (Lei n.º156/2015, de 16 de setembro, 2015, p. 8103), enaltecendo a dupla responsabilidade ética da investigadora, não apenas a relacionada com este percurso de investigação, mas igualmente a responsabilidade ética a que está profissionalmente vinculada.

Tal como já referenciado anteriormente este estudo obteve autorização para a sua realização nas instituições de saúde. Para além disso foi também obtida a autorização da Comissão Nacional de Proteção de Dados para o tratamento dos dados pessoais referentes a este estudo (anexo VI).

4. RESULTADOS

Nesta secção apresentam-se os resultados das duas fases deste primeiro estudo.

4.1 Tradução e adaptação cultural do GUSS e do BJH-SDS

O plano inicialmente desenhado foi cumprido integralmente, tendo sido a tradução realizada por dois tradutores independentes nativos na língua alvo, ambos com experiência na área da saúde, sendo um deles tradutor técnico para esta área. A consensualização das duas versões foi feita por dois dos investigadores e a retroversão feita por nativo na língua alvo. A retroversão do BJH-SDS foi aceite pelo autor tal como remetida e a do GUSS necessitou de alguns reajustamentos após a avaliação da autora. Feitos os reajustes a versão foi aprovada.

Seguiu-se o processo de revisão clínica. Este processo permite aos investigadores verificar se existem mal-entendidos e/ou interpretações inconsistentes, permitindo igualmente que se estabeleça se os respondentes serão capazes de compreender a questão e a tarefa que lhe está associada, de maneira consistente (Epstein et al. 2015).

Este passo é particularmente importante uma vez que a compreensão das palavras não é suficiente para garantir que os profissionais que venham a utilizar o instrumento consigam responder em rigor à questão colocada.

Para esta tarefa foram convidados a participar peritos, com experiência profissional relevante, quer ao nível da prestação direta de cuidados de saúde a pessoas com AVC e deglutição comprometida, quer da academia, com experiência de ensino nesta área, sendo que foram convidados a participar profissionais de saúde de três grupos distintos: enfermagem, medicina e terapia da fala (tabela 4). Todos eles tinham mais de 10 anos de experiência profissional e com a seguinte distribuição:

Tabela 4- Perfil dos revisores clínicos

Revisor	Profissão/exercício
Revisor 1	Enfermeiro/prestação de cuidados
Revisor 2	Médico (fisiatra)/ prestação de cuidados
Revisor 3	Enfermeiro especialista/docência
Revisor 4	Terapeuta da fala/ prestação de cuidados
Revisor 5	Enfermeiro especialista/prestação de cuidados
Revisor 6	Enfermeiro especialista/docência
Revisor 7	Terapeuta da fala/ prestação de cuidados

Foi solicitado a cada um deles que analisasse com particular atenção os termos técnicos incluídos nos instrumentos, em especial, na forma como descreveria ou discutiria tal terminologia (anexo VII). Foi igualmente realçado junto destes peritos que a opinião e a perspetiva que apresentassem sobre a melhor maneira de escrever uma pergunta que posteriormente será respondida pelos profissionais de saúde é extremamente importante uma vez que qualquer tradução é subjetiva.

A figura 7 sintetiza todos os procedimentos desenvolvidos para a tradução e adaptação cultural dos instrumentos.

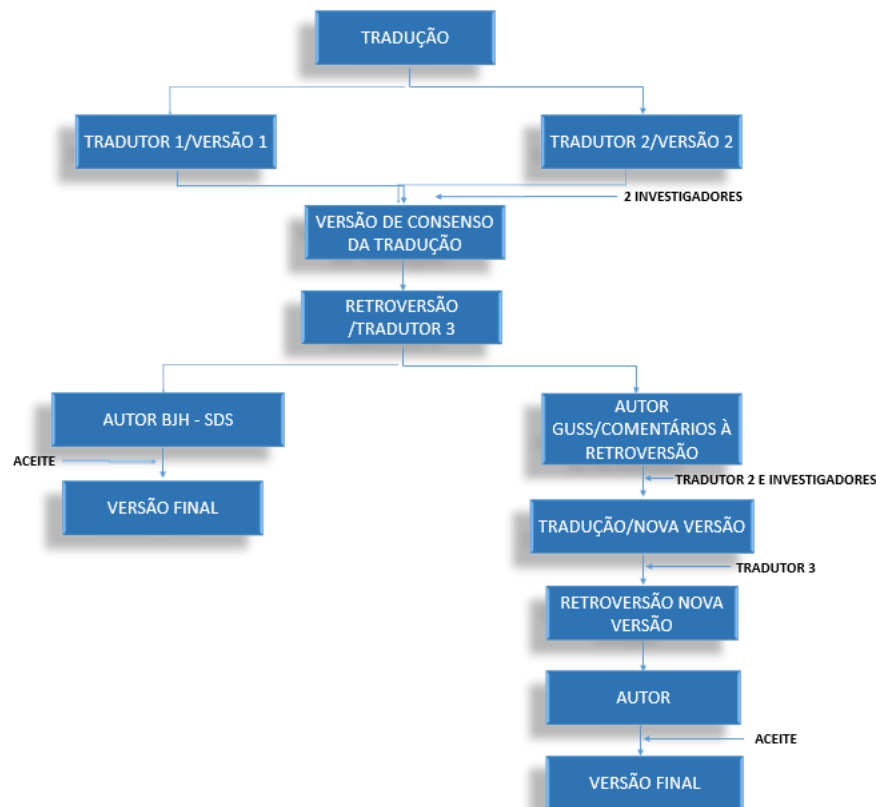


Figura 7 - Procedimentos para a tradução e adaptação cultural dos instrumentos

A versão final de cada um deles que prosseguiu para validação são as apresentadas no anexo VIII.

4.2 Contributo para a validação do GUSS e do BJH-SDS

A recolha de dados foi realizada em cinco instituições de saúde das regiões centro e norte do país. De todas estas instituições, apenas no CHUSJ existia formalmente instituído um protocolo de rastreio sistemático da disfagia a todas as pessoas admitidas na UAVC. No CHUP, em orientação clínica interna da instituição, está definido como instrumento para rastreio da disfagia a utilização do GUSS, apesar de não estar, à data, implementado o seu uso. Em nenhuma das instituições existe parametrizado qualquer um destes instrumentos de rastreio no aplicativo informático em uso. O instrumento utilizado na UAVC do CHUSJ é o GUSS, o que facilitou o início da recolha de dados. Nas restantes UAVC onde o estudo foi desenvolvido foi realizada formação específica para a utilização dos instrumentos que, por solicitação dos enfermeiros chefes dos serviços, foi extensível a outros profissionais.

Na UAVC da ULSG foi realizada formação à equipa multidisciplinar, num momento único, incluindo os enfermeiros da equipa ($n=12$), médicos do serviço ($n=2$) e terapeuta da fala ($n=1$) destacada para o mesmo. No CHP, foi realizada formação a todos os enfermeiros do serviço, quer da UAVC, quer do internamento de Neurologia, ($n=38$), em seis sessões, com duração de uma hora, realizadas ao longo de dois meses. No CHCB, foi realizada formação em serviço aos enfermeiros ($n=8$). No CHUC foi realizada uma sessão informativa apenas aos enfermeiros que participaram na recolha de dados ($n=6$). A todos os profissionais envolvidos na recolha de dados foi solicitada a aplicação dos instrumentos durante um mês, antes do início da recolha de dados, para que se familiarizassem com os instrumentos e esclarecessem eventuais dúvidas decorrentes da sua aplicação. Foram realizadas visitas aos serviços durante esta fase para esclarecimento das dúvidas dos profissionais (no mínimo uma a cada centro de recolha) e acompanhamento telefónico. Foi igualmente disponibilizado, assim que validado pela autora, o documento com a tradução para português das instruções para o uso do GUSS (Oliveira & Mota, 2019).

A recolha de dados decorreu em períodos diferentes em cada uma das unidades, fruto dos tempos para obtenção das autorizações e disponibilidade dos profissionais para a formação e início da recolha de dados, não tendo sido registado qualquer evento adverso decorrente da aplicação dos instrumentos. Na tabela 5 apresentam-se os principais marcos cronológicos da recolha de dados:

Tabela 5 - Cronologia da recolha de dados

Instituição	Data do pedido	Data da autorização	Início da recolha de dados	Fim da recolha de dados	Tempo de recolha de dados (meses)
CHUP	30.10.2017	11.05.2018	06.07.2018	29.03.2019	9
CHUSJ	31.10.2017	22.01.2018	26.02.2018	05.05.2019	14
CHCB	06.11.2017	27.11.2017	04.03.2018	03.12.2018	9
ULSG	10.11.2017	24.11.2017	10.04.2018	08.04.2019	12
CHUC	16.01.2018	28.05.2018	07.11.2018	30.04.2019	5

Dos 15 enfermeiros que realizaram a recolha de dados, 11 (73%) eram do sexo feminino e 4 (27%) do sexo masculino. A idade média foi de 41,93 anos ($DP=5,50$), variando entre os 33 e os 55 anos. O tempo experiência profissional variou entre os 10 e os 34 anos, com uma média de 19,33 anos e um desvio padrão de 6,55. Relativamente ao título profissional, 13 (87%) enfermeiros eram especialistas, dos quais 11 eram EEER, e dois (13%) eram enfermeiros de cuidados gerais.

Foram incluídos neste estudo 226 participantes, com uma maior percentagem proveniente dos centros da região norte (tabela 6), sendo 50,9% ($n=115$) do sexo masculino.

Tabela 6 - Participantes por centro de recolha de dados

Instituição	Frequência	%	% cumulativa
CHUSJ	86	38,1	38,1
CHUP	72	31,9	70,0
ULSG	33	14,6	84,6
CHUC	20	8,8	93,4
CHCB	15	6,6	100,0
Total	226	100,0	

A média da idade dos participantes é de 69,4 anos ($DP=14,2$), variando entre os 24 e os 98 anos e com a seguinte distribuição por grupo etário (tabela 7):

Tabela 7 - Distribuição dos participantes por grupo etário

Grupo etário	Frequência	%	% Cumulativa
<65	73	32,3	32,3
65-74	56	24,8	57,1
75-84	77	34,1	91,2
>=85	20	8,8	100,0
Total	226	100,0	

Dos participantes deste estudo, 81,9% ($n=185$) sofreram AVC isquêmico, 17,2% ($n=39$) hemorrágico e em 0,9% ($n=2$) dos participantes o AVC foi classificado como indeterminado. Esta caracterização resultou dos achados imagiológicos, concretamente por tomografia axial computadorizada. Quanto à lateralidade, 45,6% ($n=103$) teve AVC à esquerda 42,5% ($n=96$) à direita, 6,2% ($n=14$) sem lateralidade especificada (oito vertebrobasilares, três cerebelosos, um da protuberância, um dos seios cavernosos e um bitalâmico) e 5,7% ($n=13$) sem registo (*missing*).

Dos 185 participantes com AVC isquêmico, 49,2% (91) foram submetidos a tratamento de reperfusão: trombólise, trombectomia ou ambos os tratamentos de reperfusão (tabela 8).

Tabela 8 - Tratamento de reperfusão

Tratamento de reperfusão	Frequência	%
Trombectomia	24	26,4
Trombólise	36	39,5
Trombectomia e trombólise	31	34,1
Total	91	100,0

Relativamente ao tempo decorrido desde a instalação do AVC e a recolha de dados, a distribuição foi a seguinte (tabela 9):

Tabela 9 - Tempo decorrido desde a instalação do AVC e a recolha de dados

Tempo decorrido desde instalação do AVC	Frequência	%	% Cumulativa
< 12 horas	23	10,2	10,2
≥ 12 e < 24 horas	94	41,6	51,8
≥ 24 e ≤ 48 horas	109	48,2	100,0
Total	226	100,0	

No que concerne aos antecedentes clínicos dos participantes, foram recolhidos os dados relativamente aos seguintes dados (tabela 10):

Tabela 10 - Antecedentes clínicos dos participantes

Antecedentes clínicos	Frequência	%
Hipertensão arterial	140	61,9
Dislipidemia	98	43,4
Diabetes	51	22,5
Tabagismo	37	16,4
Doença cardíaca (exceto fibrilhação auricular)	34	15,0
Fibrilhação auricular	22	9,7
Alcoolismo	21	9,3
Acidente isquêmico transitório	4	1,8

Outro dos dados clínicos recolhidos para a caracterização da amostra foi o seu estado de consciência no momento da recolha de dados, tendo por base a pontuação da Escala de Coma de Glasgow (tabela 11), sendo a lesão encefálica grave definida para pontuações <8, a moderada para pontuações de 9 a 12 e ligeira para ≥ 13 (Teasdale & Jennett, 1974). Os participantes apresentaram em média uma pontuação de 14,2, com um mínimo de 4 e o máximo de 15 na pontuação obtida.

Tabela 11 - Estado de consciência

Estado de consciência	Frequência	%	% Cumulativa
Lesão encefálica ligeira (≥ 13)	201	88,9	88,9
Lesão encefálica moderada (9-12)	23	10,2	99,1
Lesão encefálica grave (<8)	2	0,9	100,0
Total	226	100,0	

Para a classificação dos participantes quanto à severidade dos défices neurológicos (tabela 12), foram recolhidos os dados da pontuação da *National Institute Health Stroke Scale* (NIHSS), de acordo com os seguintes graus de severidade: défices graves para uma pontuação de 21 a 42, défices moderados a graves de 16 a 20, défices moderados de cinco a 15, défices ligeiros de um a quatro e sem défices, se zero (Brott, et al., 1989). Os participantes obtiveram, em média, uma pontuação de 7,6 ($DP=6,3$) da avaliação da NIHSS, com um mínimo de zero e um máximo de 25. Não foram recolhidos os dados da pontuação da NIHSS em 18 participantes.

Tabela 12 - Severidade dos défices neurológicos de acordo com a NIHSS

Severidade dos défices neurológicos	Frequência	%	% Cumulativa
Sem défices	14	6,7	6,7
Défices ligeiros	73	35,1	41,8
Défices moderados	89	42,8	84,6
Défices moderados a graves	23	11,1	95,7
Défices graves	9	4,3	100,0
Total	208	100,0	

Quanto à percepção do avaliador relativamente à probabilidade de a pessoa apresentar compromisso da deglutição, os enfermeiros classificaram os 226 participantes em diferentes probabilidades, expressas na tabela 13:

Tabela 13 - Percepção do avaliador sobre probabilidade de a pessoa apresentar disfagia

Percepção do avaliador	Frequência	%	% Cumulativa
Nenhuma	27	11,9	11,9
Ligeira	96	42,5	54,4
Moderada	53	23,5	77,9
Elevada	45	19,9	97,8
Certa	5	2,2	100,0
Total	226	100,0	

Relativamente aos resultados da disfagia provenientes da aplicação dos instrumentos, com recurso ao BJH-SDS, 27,9% ($n=63$) dos 226 participantes apresentaram rastreio negativo, que se traduz em 72,1% ($n=163$) de pessoas em risco de apresentar compromisso da deglutição (tabela 14). De realçar que não foram registadas intercorrências/complicações decorrentes da utilização dos instrumentos.

Tabela 14 - Rastreio do compromisso da deglutição com BJH-SDS: resultados por item

Rastreio com BJH-SDS	Frequência	%	% Cumulativa
Todas as respostas NÃO	63	27,9	27,9
Escala de Coma de Glasgow <13	25	11,1	39,0
Assimetria/fraqueza facial	131	57,9	96,9
Aspiração no teste de água	7	3,1	100,0
Total	226	100,0	

O rastreio da disfagia resultante da aplicação do GUSS revelou rastreio positivo para 47,3% ($n=107$) dos participantes, com diferentes graus de severidade (tabela 15):

Tabela 15 - Rastreio do compromisso da deglutição com GUSS

Rastreio com GUSS	Frequência	%	% cumulativa
Sem disfagia (=20)	119	52,7	52,7
Disfagia ligeira (19-15)	4	1,7	54,4
Disfagia moderada (14-10)	63	27,9	82,3
Disfagia grave (0-9)	40	17,7	100,0
Total	226	100,0	

4.2.1 Validade

A informação inicialmente prestada pelos profissionais dos serviços veio a ser corroborada durante o estudo, sendo que nenhum dos 226 participantes neste estudo foi submetido a avaliação instrumental da deglutição (padrão ouro) durante o período de internamento. Desta forma, não foi possível determinar os parâmetros relativos à validade de critério.

No âmbito da validade de construto, no teste de hipóteses, os resultados das pontuações obtidas com a aplicação do GUSS e do BJH-SDS foram comparados com: i) características clínicas (resultados das pontuações obtidas através da NIHSS e da Escala de Coma de Glasgow e lateralidade); ii) média etária e; iii) percepção do avaliador.

Características Clínicas

Para a comparação com os resultados da NIHSS foi utilizado como ponto de corte a pontuação >4 para a disfagia, considerando que para este ponto de corte existe evidência que aponta para uma sensibilidade de 77,0%, uma especificidade de 77,0%, em que a severidade do AVC foi considerada um preditor simples e confiável da disfagia em pessoas com AVC em fase aguda (Henke et al., 2017). Assim, foi feita a comparação entre classificações obtidas pelo GUSS (tabela 16) e pelo BJH-SDS (tabela 17), com as obtidas para a NIHSS para um ponto de corte >4 .

Relativamente ao GUSS, existe uma relação muito significativa quando comparada com a NIHSS ($\chi^2=32,99$; $p<0,001$). Clinicamente, dos 99 participantes identificados como disfágicos pelo GUSS, para um ponto de corte >4 na NIHSS, 78 eram igualmente considerados de elevado risco de apresentar disfagia. No entanto, quando comparada a classificação do BJH-SDS, esta relação já não é estatisticamente significativa ($\chi^2=1,62$; $p=0,203$).

Tabela 16 - Comparação das pontuações NIHSS x GUSS

Disfagia com GUSS			
	Não	Sim	Total
NIHSS ≤ 4	66	21	87
NIHSS > 4	43	78	121
Total	109	99	208

Tabela 17 - Comparação das pontuações NIHSS x BJH-SDS

Disfagia com BJH-SDS			
	Não	Sim	Total
NIHSS ≤ 9	27	60	87
NIHSS > 9	28	93	121
Total	55	153	208

No que concerne a comparação com a pontuação da Escala de Coma de Glasgow, observa-se que é estatisticamente significativa a relação com a classificação do GUSS ($\chi^2=15,15$; $p<0,001$) com as pessoas classificadas como não tendo disfagia serem classificados com lesão encefálica ligeira, ou seja, dos 119 participantes identificados como não tendo disfagia com o GUSS, 115 estão classificados com lesão encefálica ligeira (tabela 18). Também a relação com o resultado da BJH-SDS é significativa ($\chi^2=10,86$; $p<0,001$), sendo a relação, no caso dos 63 participantes identificados como não disfágicos pelo BJH-SDS, altamente significativa com as classificações a coincidirem com a classificação de lesão encefálica ligeira (tabela 19).

Tabela 18 - Comparação das pontuações Escala de Coma de Glasgow x GUSS

Disfagia com GUSS			
	Não	Sim	Total
Lesão encefálica moderada ou grave (≤ 12)	4	21	25
Lesão encefálica ligeira (≥ 13)	115	86	201
Total	119	107	226

Tabela 19 - Comparação das pontuações Escala de Coma de Glasgow x BJH-SDS

Disfagia com BJH-SDS			
	Não	Sim	Total
Lesão encefálica moderada ou grave (≤ 12)	0	25	25
Lesão encefálica ligeira (≥ 13)	63	138	201
Total	63	163	226

Numa análise comparativa com a lateralidade do AVC, excluídos os participantes em que a mesma não foi especificada ou registada, com os resultados do GUSS (tabela 20) e com o BJH-SDS (tabela 21), observa-se que não existem diferenças estatisticamente significativas relativamente à lateralidade com $\chi^2=1,47$ ($p=0,225$) para o GUSS e $\chi^2=1,16$ ($p=0,204$) para o BJH-SDS.

Tabela 20 - Comparação da lateralidade x GUSS

	Disfagia com GUSS		Total
	Não	Sim	
Esquerdo	55	48	103
Direito	43	53	96
Total	98	101	199

Tabela 21 - Comparação da lateralidade x BJH-SDS

	Disfagia com BJH-SDS		Total
	Não	Sim	
Esquerdo	29	74	103
Direito	19	77	96
Total	48	151	199

Quando as classificações obtidas pelos instrumentos GUSS e BJH-SDS foram comparadas no mesmo participante, observou-se uma relação altamente significativa ($\chi^2=63,53$; $p<0,001$), com as classificações a coincidirem quase perfeitamente no caso dos participantes não disfágicos pelo BJH-SDS (tabela 22).

Tabela 22 - Comparação GUSS x BJH-SDS

	Disfagia com BJH-SDS		Total
	Não	Sim	
GUSS = 20	60	59	119
GUSS ≤ 19	3	104	107
Total	63	163	226

Média etária

Compararam-se as médias etárias de ambas as classificações produzidas pelo GUSS e pelo BJH-SDS. Utilizando o *t* de Student, apesar de os participantes classificados como tendo disfagia pelo GUSS terem uma idade média relativamente superior à dos classificados como não disfágicos (71,1 vs 67,9), esta diferença não é estatisticamente

significativa ($|t|=1,67$; $p=0,096$). Do mesmo modo, a idade média dos participantes classificados pelo BJH-SDS com rastreio positivo não é estatisticamente diferente da dos classificados como não tendo disfagia ($|t|=0,70$; $p=0,483$), tendo inclusivamente uma média de idade relativamente superior aos disfágicos (73,9 vs 71,7).

Perceção do avaliador

Relativamente à perceção do avaliador, o teste de independência de qui-quadrado revelou existir uma relação com os resultados da avaliação da disfagia usando o GUSS ($\chi^2=119,62$; $p<0,001$), observando-se que os resultados do GUSS estão em concordância com a perceção do avaliador. De facto, clinicamente, os 119 casos identificados pelo GUSS como não disfágicos foram também classificados como tendo probabilidade nula ($n=27$) ou ligeira ($n=77$) de disfagia (tabela 23).

Tabela 23 - Comparação da perceção do avaliador x GUSS

	Disfagia com GUSS		Total
	Não	Sim	
Nenhuma	27	0	27
Ligeira	77	19	96
Média	14	39	53
Elevada	1	44	45
Certa	0	5	5
Total	119	107	226

Quando a perceção do avaliador foi comparada com o resultado da avaliação da disfagia usando o BJH-SDS (tabela 24), também aqui, 60 dos 63 participantes identificados pelo BJH-SDS com rastreio negativo tiveram uma avaliação por parte do avaliador de perceção de não terem disfagia ou de esta ser ligeira ($\chi^2=81,87$; $p<0,001$).

Tabela 24 - Comparação da perceção do avaliador x BJH-SDS

	Disfagia com BJH-SDS		Total
	Não	Sim	
Nenhuma	23	4	27
Ligeira	37	59	96
Média	3	50	53
Elevada	0	45	45
Certa	0	5	5
Total	63	163	226

Perante a inexistência de qualquer avaliação instrumental aos participantes incluídos neste estudo que permitisse o cálculo da sensibilidade e especificidade dos instrumentos decidiu-se calcular a área debaixo da curva de ROC. Usando a percepção do avaliador como teste de referência, no que concerne o GUSS, para um ponto de corte entre o 19 e 20, obteve-se o valor de 85,4% de sensibilidade e 84,6% de especificidade. Para o ponto de corte entre o 14 e o 15 no resultado do GUSS (ponto de corte para a aspiração) obtém-se um aumento da especificidade (92,7%) mas com perda de sensibilidade (78,6%), que no caso de um teste diagnóstico poderá não ser o mais desejável. A área debaixo da curva é de 0,892 o que indicia uma boa capacidade preditiva do GUSS, quando comparado com a percepção do avaliador, na identificação do risco de compromisso da deglutição (figura 8).

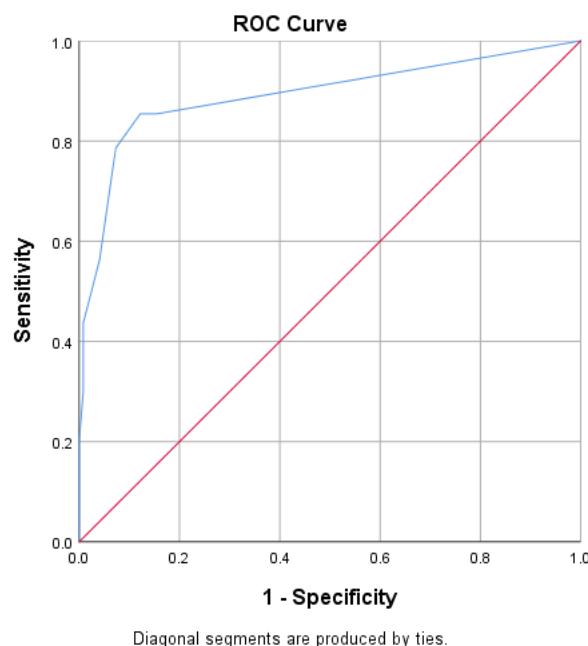


Figura 8 - Curva de ROC do GUSS

Relativamente ao BJH-SDS, o instrumento determina com uma sensibilidade de 97,1% e uma especificidade de 48,8% a probabilidade de rastreio positivo quando comparado com a percepção do avaliador. A área debaixo da curva é de 0,765 o que indica uma razoável capacidade preditiva do instrumento na identificação do risco de compromisso da deglutição (figura 9).

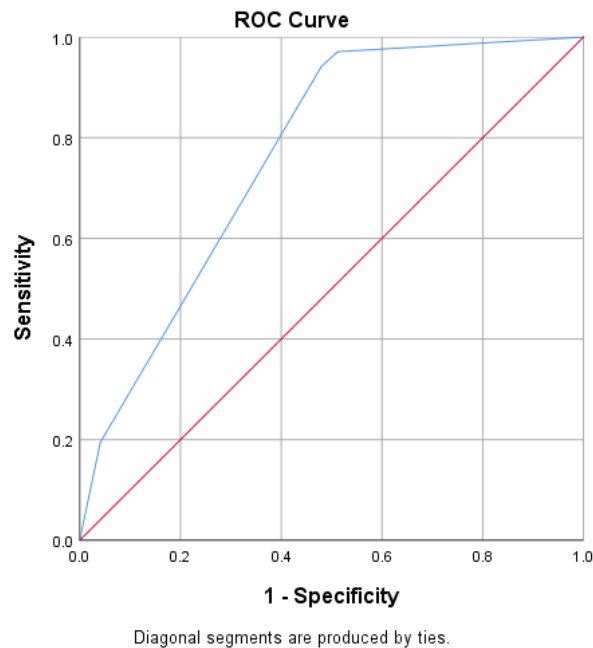


Figura 9 - Curva de ROC do BJH-SDS

Numa análise comparativa realizada entre os instrumentos obtiveram-se valores de sensibilidade de 63,8%, de especificidade de 95,2% e de área debaixo da curva de ROC de 0,809 para o GUSS para um ponto de corte de 19 (risco de disfagia) (figura 10), usando como referência o risco de disfagia determinado pelo BJH-SDS. Dadas as características das variáveis, a mesma análise não foi possível para o BJH-SDS (dicotômica).

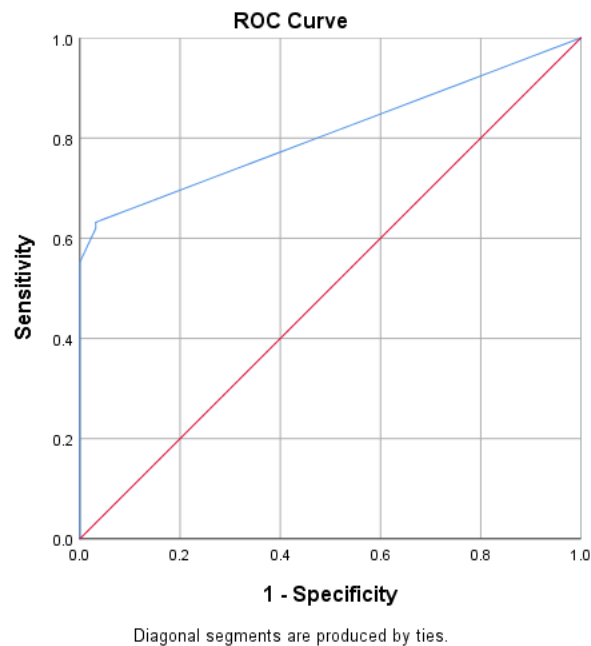


Figura 10 - Curva de ROC do GUSS usando o BJH-SDS como referência

Resumindo, e numa análise na perspetiva das hipóteses de investigação inicialmente formuladas, foi possível correlacionar de forma estatisticamente significativa a pontuação da NIHSS com o grau de severidade da disfagia usando o GUSS, rejeitando-se assim a hipótese nula, mas o mesmo não foi verdade para o BJH-SDS. Foi igualmente possível correlacionar de forma estatisticamente significativa a pontuação dos dois instrumentos com a pontuação da Escala de Coma de Glasgow, rejeitando-se as duas hipóteses nulas. Não foi possível estabelecer correlações com a lateralidade, nem com a idade. Foi, no entanto, estabelecida correlação estatisticamente significativa entre os instrumentos e com a perceção do avaliador para os dois instrumentos, rejeitando-se assim as hipóteses nulas.

4.2.2 *Fiabilidade*

Para a determinação da fiabilidade inter observadores, a aplicação dos instrumentos foi repetida por um segundo avaliador, *cego* para o resultado da primeira avaliação, a 18,6% ($n=42$) dos participantes, com uma demora média entre observações de $6,72 \pm 6,13$ horas, com um mínimo de 20 minutos e um máximo de 22 horas.

O teste de análise de fiabilidade obteve para o GUSS ($k=0,940$) e para o BJH ($k=0.977$), excelentes valores de k .

5. DISCUSSÃO

Foram incluídos neste estudo um total de 226 participantes de cinco centros. Estes centros representam 17,8% das unidades de AVC existentes no país ($n=28$), recebendo 23,8% da totalidade de pessoas internadas com AVC (Sociedade Portuguesa de Acidente Vascular Cerebral, 2017). Dois dos centros contribuíram com mais de 70% dos participantes, encontrando-se os dois na mesma área geográfica. Os resultados encontrados relativamente aos dados sociodemográficos e antecedentes clínicos dos participantes vão ao encontro da incidência encontrada na população portuguesa, em que o AVC isquémico tem uma expressão mais significativa do que o AVC hemorrágico, numa proporção de aproximadamente 1:4 (Direção-Geral da Saúde, 2017b). Relativamente à idade e sexo, estes dados corroboram os achados do maior estudo epidemiológico realizado em Portugal - Estudo Epidemiológico de Prevalência da Síndrome Metabólica na População Portuguesa (VALSIM) que identificou igualmente a prevalência e fatores de risco para o AVC, tendo observado maior prevalência de AVC nos homens do que nas mulheres (2,3% vs 1,9%), bem como um aumento com a idade (Fiuza et al., 2009), sendo que a maior parte dos participantes deste estudo apresentam idade igual ou superior a 65 anos. De salientar que estes dados reforçam a elevada incidência da hipertensão arterial, dislipidemia e diabetes na população portuguesa e do seu impacto enquanto fatores de risco modificáveis mais importantes para o AVC (Direção-Geral da Saúde, 2016; Fiuza et al., 2009), indo igualmente ao encontro de dados internacionais (Donkor, 2018).

No que concerne a terapêutica de reperfusão, os dados mais recentes disponibilizados pela Direção-Geral da Saúde indicam, para o ano de 2016, que 44,7% das pessoas admitidas através da Viva Verde AVC foram submetidas a tratamento de reperfusão por fibrinólise em território continental (2017b). Os dados agora obtidos apresentam um valor ligeiramente superior que poderá ser explicado pelo facto de que os dados da Direção-Geral da Saúde não incluem as pessoas submetidas a tratamento de reperfusão por trombectomia.

Relativamente à aplicação dos instrumentos, obtiveram-se 163 (72,1%) participantes com rastreio positivo utilizando o BJH-SDS e 107 (47,3%) de participantes com rastreio positivo para disfagia usando o GUSS. Analisando os participantes com rastreio positivo para risco de aspiração (GUSS 0-14), obteve-se o valor de 45,6% de casos. No caso do BJH-SDS, a percentagem é mais elevada do que no estudo realizado por Edmiaston et al., (2014), 72,1% vs 62,2%, o que poderá estar relacionado com o facto de a média de idade dos participantes ser mais elevada (69,4 vs 63,0), uma vez que a idade aumenta a incidência

de disfagia (Fiuza et al., 2009; Joundi, Martino, et al., 2018), com o risco de AVC a duplicar a cada década após os 55 anos (Donkor, 2018). Da mesma forma, os dados encontrados para o GUSS revelam uma menor incidência de risco de aspiração, comparativamente à identificada nos dois grupos incluídos no estudo de Trapl et al., (2007), 45,6% vs 84,2%/63,3%, o que poderá igualmente estar relacionado com uma média de idades inferior dos participantes (69,4 vs 74,6/76,8). No estudo de Trapl et al. (2007) não são apresentados os dados relativos ao risco de disfagia, no entanto num outro estudo de revalidação do GUSS foi determinado uma incidência de 83% no conjunto de todos os participantes (Warnecke et al., 2017). Neste estudo foram excluídas as pessoas com défices neurológicos ligeiros (NIHSS ≤ 3), sendo superior a média da pontuação da NIHSS dos participantes (7,6 vs 11,8), assim como a média de idade (69,4 vs 73,6) o que poderá justificar uma incidência mais elevada, tornando assim impraticável a comparabilidade de resultados. De salientar que a incidência de disfagia após AVC varia entre os 8,1 e os 80%, dependendo da técnica de avaliação utilizada, sendo habitualmente mais baixa através do rastreio e mais elevada quando avaliada por videofluoroscopia ou fibroendoscopia da deglutição (Takizawa et al., 2016).

Das correlações estabelecidas entre os resultados da aplicação dos instrumentos e as diferentes variáveis clínicas recolhidas, foi encontrada relação estatisticamente significativa entre os rastreios positivos com o uso do GUSS e a pontuação >4 na NIHSS, o que traduz a associação existente entre o aumento do défice neurológico avaliado pela NIHSS e o aumento da disfagia, apresentada em diferentes estudos como o de Henke et al., (2017), cuja referência foi utilizada como ponto de corte, mas também os desenvolvidos por Jeyaseelan et al., (2015), Joundi, Martino, et al. (2018) e Otto et al., (2016) em que pessoas com AVC com maior severidade apresentaram maior incidência de disfagia. Os resultados não corroboram, no entanto, essa correlação relativamente ao BJH-SDS, o que poderá estar relacionado com o facto de que o primeiro item avaliado pelo instrumento ser referente ao estado de consciência (Escala de Coma de Glasgow), condicionando a continuidade da sua realização e impedindo a incorporação nos resultados de outros dados referente aos défices neurológicos.

Também a alteração do estado de consciência tem sido associada a maior risco de disfagia (Flowers et al., 2013; Joundi, Martino, et al., 2018). De facto, é de salientar que a avaliação do estado de consciência é o primeiro item a ser avaliado em diferentes instrumentos de rastreio da disfagia, dado o entendimento de que a pessoa tem de estar desperta, capaz de assumir a posição de sentado e de cumprir instruções simples, para ser testada (Oliveira, Mota, Freitas & Ferreira, 2019). A redução do nível de consciência em pessoas pós-AVC pode ser causada, numa fase mais aguda, por lesões extensas com edema

associado ou ao delírio/desorientação numa fase mais tardia, sendo que neste caso a localização e dimensão da lesão serão menos importantes (Cohen et al., 2016).

Quanto à relação esperada entre os resultados da aplicação dos instrumentos (rastreo positivo) e a variável clínica lateralidade e a variável demográfica da idade, apesar de existir evidência que sugere maior incidência da disfagia após AVC à direita (Suntrup et al., 2015; Wilmskoetter et al., 2018) e aumento da incidência com a idade (Joundi, Martino, et al., 2018), os achados não corroboraram essa relação.

Outro dos aspetos relevantes relaciona-se com o facto de que, de todos os participantes identificados como estando em risco de disfagia, nenhum deles ter sido submetido a avaliação instrumental. Sendo a avaliação instrumental considerada o teste de referência para o diagnóstico de disfagia (Cohen et al., 2016) e sabendo-se que o rastreio não diagnostica a condição clínica, uma vez que tem como principal propósito o de identificar as pessoas em risco e que necessitem de avaliação clínica e/ou instrumental subsequente (Oliveira, Mota, Freitas & Ferreira, 2019), o atraso no diagnóstico terá um impacto negativo, aumentando o risco de pneumonia e de reinternamentos hospitalares, protelando uma intervenção nutricional adequada e atempada (Virvidaki et al., 2018). Acresce o facto de que a avaliação instrumental ser a única estratégia capaz de identificar a aspiração (Garon et al., 2009) e, sem esta avaliação, a elaboração do plano terapêutico fica condicionada por não se conseguirem determinar com exatidão as causas fisiológicas e/ou estruturais da disfagia (Powers et al., 2018). O acesso à avaliação instrumental tem como barreiras o seu custo e a falta de profissionais devidamente treinados para a fazer (Boaden, Doran, et al., 2017; Cohen et al., 2016). No entanto, estes argumentos têm vindo a ser refutados quando comparados com os custos dos espessantes, da alimentação entérica, os reinternamentos hospitalares por complicações relacionadas com a disfagia e custos da institucionalização das pessoas (Desai, 2019).

A comparação das medidas de sensibilidade e especificidade, utilizando como referência a perceção do avaliador, comparando com os resultados obtidos para o GUSS no estudo de validação inicial (Trapl et al., 2007) não é possível, uma vez que foram usados pontos de corte diferentes. Os valores encontrados para a área debaixo da curva de ROC são intermédios para os valores encontrados para os dois grupos (0,892 vs 0,77/0,933). Numa revisão sistemática com meta-análise que procurou averiguar a validade e benefícios do GUSS foram calculados valores agregados de sensibilidade de 97,0%, de especificidade de 67,0% e de área debaixo da curva de ROC 0,931 (Park et al., 2020). Esta revisão, que incluí oito estudos, conclui que o GUSS é um instrumento fiável e sensível para rastreio da disfagia, com uma sensibilidade perto dos 100%, o que significa que o instrumento rastreia com precisão o maior número de pessoas com elevado risco de disfagia possível (Park et

al., 2020). Acrescenta ainda que a sua utilização por profissionais treinados, como enfermeiros, reduz a incidência de pneumonia, com uma incidência significativamente mais baixa nos grupos com uso do GUSS, diminui o tempo de internamento e a taxa de mortalidade. Os resultados agora encontrados, embora inferiores, especialmente para a sensibilidade, corroboram a boa capacidade preditiva do GUSS para a identificação do risco de disfagia. A diferença nestes achados poderá ser explicada pela utilização da percepção do avaliador como referência, em contraste com a utilização dos resultados da avaliação instrumental para a determinação das medidas de sensibilidade e especificidade, quer no estudo de validação inicial do GUSS, quer nos estudos incluídos nesta revisão.

Relativamente ao BJH-SDS, os valores de sensibilidade foram superiores aos encontrados no estudo de Edmiaston et al. (2014) – 97,1% vs 94,0% - mas com valores inferiores de especificidade (48,8% vs 66,0%). Tal como no GUSS, a diferença nestes achados poderá ser explicada pela utilização da percepção do avaliador como referência. É compreensível que o avaliador em caso de dúvida, por questões de segurança do doente, principalmente devido às complicações respiratórias, opte por classificá-lo como disfágico, justificando assim valores mais baixos de especificidade e indo ao encontro da evidência que sugere uma priorização das questões respiratórias por parte dos profissionais em pessoas disfágicas (Cohen et al., 2016). O valor da área debaixo da curva de ROC do BJH-SDS sugere uma razoável capacidade preditiva deste instrumento para a identificação do risco de disfagia sendo que no estudo inicial este dado não foi apresentado. Um estudo posterior de validação do BJH-SDS para a população turca, usando a fibroendoscopia da deglutição como teste de referência, obteve valores de sensibilidade de 78,6%, de especificidade de 82,6% e que conclui a versão turca é útil e precisa no rastreio da disfagia (Eren et al., 2019). Este foi o único estudo identificado de validação do BHJ-SDS para além da sua validação original nos Estados Unidos da América.

Idealmente, um instrumento de rastreio da disfagia deverá ter elevada sensibilidade e especificidade para que todas pessoas disfágicas sejam corretamente identificadas e os não disfágicos possam iniciar alimentação oral o mais precocemente possível (Oliveira, Mota, Freitas & Ferreira, 2019). Neste caso, em concreto, a sensibilidade é particularmente relevante dado que a não identificação de pessoas com disfagia tem repercussões imediatas graves, nomeadamente a pneumonia (Martino et al., 2009), sendo que os resultados da sensibilidade, quando comparada com a percepção do avaliador, foram elevados. Qualquer margem de falsos negativos, ou seja, pessoas que não são identificadas como estando em risco através do instrumento de rastreio, interrompe o processo de diagnóstico: o rastreio, a avaliação clínica e, eventualmente, a avaliação instrumental são descartados na fase inicial após a instalação do AVC, com sérias

implicações para a pessoa a nível respiratório e nutricional (Oliveira, Mota, Freitas & Ferreira, 2019). Por outro lado, estes instrumentos apresentam uma especificidade relativamente baixa, especialmente o BJH-SDS, o que se traduz num número elevado de pessoas com modificações alimentares ou alimentação e hidratação entérica sem que sejam realmente disfágicos (Oliveira, Mota, Freitas & Ferreira, 2019). Esta questão foi também reconhecida como uma desvantagem pelos autores dos instrumentos nos estudos de validação original, mas considerado como aceitável como margem de segurança para um risco aumentado de aspiração (Edmiaston et al., 2014; Trapl et al., 2007). Este aspeto é reforçado no estudo de Warnecke et al. (2017), que conclui que o GUSS sobrestima a necessidade de alimentação por sonda nasogástrica (SNG).

Na determinação da fiabilidade inter observadores os resultados obtidos foram superiores aos alcançados no estudo de validação do GUSS ($k=0,94$ vs $k=0,835$) e do BJH-SDS ($k=0,977$ vs $k=0,94$), com um nível de concordância quase perfeito ($k>0,90$) entre observadores (McHugh, 2012). Estes achados podem estar relacionados com o facto de todos os enfermeiros que participaram na recolha de dados terem tido formação e treino intensivo prévios à aplicação dos instrumentos e o facto de existir para um dos instrumentos (GUSS) um documento informativo de suporte que detalha com rigor as instruções para o seu uso (Oliveira & Mota, 2019). De facto, o treino rigoroso prévio e acompanhamento regular dos avaliadores, têm-se mostrado uma estratégia na melhoria das competências dos avaliadores, aumentando da fiabilidade entre observadores (Glanzman et al., 2018). Para o GUSS, em estudos de validação deste instrumento para outras populações, foram também alcançados resultados excelentes de fiabilidade entre observadores, com um valor de $k=0,84$ para o estudo de validação na população egípcia (AbdelHamid & Abo-Hasseba, 2017) e de $0,955$ para a população turca (Karaca-Umay et al., 2018), este último indo ao encontro dos resultados agora obtidos para este instrumento. Para o BJH-SDS, no estudo de validação na população turca (Eren et al., 2019) foram igualmente obtidos excelentes valores de fiabilidade inter observadores ($k=0,970$), aproximadamente na mesma medida dos agora encontrados. A consistência dos resultados obtidos pelos diferentes avaliadores traduz a medida em que as versões destes dois instrumentos em língua portuguesa são igualmente compreendidas pelos seus utilizadores, tornando os seus resultados confiáveis, minimizando assim o erro decorrente da observação por diferentes avaliadores.

6. CONCLUSÃO

A evidência sugere que o rastreio precoce em pessoas com AVC reduz a incidência de pneumonia e, até agora, não existia qualquer instrumento de rastreio de disfagia traduzido, adaptado e validado para a população portuguesa para pessoas com AVC em fase aguda. Os resultados sugerem que a versão portuguesa da GUSS e da BJH-SDS são instrumentos de rastreio da disfagia sensíveis e fiáveis, constituindo-se como um relevante contributo para a sua validação. Apresentam boas propriedades psicométricas, com particular ênfase na excelente fiabilidade entre avaliadores. As principais limitações deste estudo, particularmente devido às restrições financeiras, são a falta de avaliação instrumental para uma determinação mais precisa das propriedades psicométricas, concretamente para a validade de critério. Outra das limitações prende-se com o facto de, apesar de não se terem registado eventos adversos durante a aplicação dos instrumentos, não existirem dados sobre outros resultados como pneumonia ou morte. Torna-se assim relevante o desenvolvimento de mais investigação direccionada à consolidação da validade e fiabilidade destes instrumentos de rastreio, a fim de robustecer esses resultados.

Esta é a primeira tentativa conhecida de validação de qualquer instrumento de rastreio da disfagia para pessoas com AVC em fase aguda em Portugal. As versões portuguesas da GUSS e da BJH-SDS são instrumentos de rastreio simples e de fácil utilização, adequados para aplicação à cabeceira por enfermeiros que, com formação e treino adequados, apresentam boa sensibilidade e excelente fiabilidade. Estas características tornam estes instrumentos em ferramentas relevantes para a orientação dos enfermeiros no processo de tomada de decisão no que concerne o encaminhamento da pessoa em risco de deglutição comprometida após o AVC, para uma avaliação clínica mais abrangente, tornando-se assim uma opção para os profissionais na prática clínica.

PARTE II – RECOMENDAÇÕES CLÍNICAS NA ABORDAGEM TERAPÊUTICA À PESSOA COM DEGLUTIÇÃO COMPROMETIDA

Da revisão de literatura realizada e da consulta a peritos foi possível averiguar que: 1) a abordagem à pessoa com AVC, na perspetiva da avaliação e intervenção terapêutica tendo como foco a deglutição, compreende a utilização de instrumentos de rastreio da disfagia fiáveis e válidos (National Collaborating Centre for Chronic Conditions, 2019; Powers et al., 2018), não existindo para a população portuguesa qualquer instrumento validado; 2) não existem, em Portugal, emitidas por qualquer um dos organismos com competências nesta matéria, orientações clínicas ou guias orientadores de boas práticas para a abordagem à pessoa com deglutição comprometida após o AVC; e 3) uma extensa pesquisa evidenciou que as orientações para as melhores práticas se encontram desagregadas por áreas de intervenção (rastreio, higiene oral, estratégias compensatórias e estratégias de reabilitação), não existindo orientações clínicas que reflitam a amplitude de intervenções que respondam a todas as necessidades da pessoa com alterações da deglutição após o AVC.

De facto, o desenvolvimento de diretrizes clínicas proporciona uma estratégia de estreitamento do fosso existente entre as políticas, melhor prática, contexto da prática e preferências da pessoa alvo dos cuidados, potenciando uma cultura de prática baseada na evidência (PBE) e a sua existência tem contribuído significativamente para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados prestados (Hoelsing, 2016; Kredo et al., 2016).

Nos últimos 30 anos, uma extensa pesquisa tem sido desenvolvida sobre os métodos subjacentes às diretrizes clínicas incluindo o seu desenvolvimento, atualização, disseminação, implementação, ajustamento a condições específicas e avaliação. Daqui resultou um crescente número de termos, instrumentos e acrónimos, pelo que ficar a par desta área específica de investigação é desafiante (Kredo et al., 2016).

De acordo com o *Institute of Medicine of the National Academies*, as diretrizes clínicas são declarações que incluem recomendações que visam otimizar o cuidado prestado à pessoa, informado pela revisão sistemática da evidência e avaliação dos benefícios e riscos de opções terapêuticas alternativas (Institute of Medicine of the National Academies, 2011). No mesmo sentido, a Organização Mundial de Saúde refere que diretrizes clínicas contêm recomendações que orientam o seu utilizador para o que pode ou deve fazer numa situação específica de modo a alcançar os melhores resultados em saúde (World Health Organization, 2014).

Neste contexto, e com o objetivo de identificar a melhor evidência disponível na abordagem terapêutica à pessoa com deglutição comprometida após o AVC, foi desenvolvida uma

extensa revisão sistemática da literatura em resposta a sete questões clínicas relevantes, cuja resposta foi redigida no formato de recomendação clínica e submetida à apreciação a um painel de peritos multidisciplinar e integrado, de forma mais ampla, neste percurso de investigação (figura 11):



Figura 11 – Percurso de investigação – segunda etapa

No enquadramento concetual dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (PQCE) destaca-se a relevância da “produção de guias orientadores da boa prática de cuidados de enfermagem baseados na evidência empírica” por se constituírem como “uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros” (Ordem dos Enfermeiros, 2012, p. 12). Este conjunto de recomendações mostrou-se estruturante para dar resposta ao objetivo deste percurso de investigação de sistematização da abordagem terapêutica à pessoa com deglutição comprometida após AVC. Seguidamente explicitam-se os métodos e resultados do extenso trabalho de revisão sistemática da literatura, recomendações e respetiva fundamentação.

1. ESTRATÉGIA PARA A ELABORAÇÃO DAS RECOMENDAÇÕES CLÍNICAS

Existem diferentes instrumentos orientadores para a elaboração de diretrizes para a prática clínica (Bischoff et al., 2015; Institute of Medicine of the National Academies, 2011; World Health Organization, 2014). Distinguindo-se em algumas particularidades, partilham um conjunto de princípios orientadores, que estiveram igualmente subjacentes a este processo de desenvolvimento de recomendações para a abordagem à pessoa com deglutição comprometida após AVC. São eles: a) abordam áreas de incerteza ou necessidade de orientação não atendida; b) são baseadas na revisão sistemática da evidência existente; c) são desenvolvidas num processo multidisciplinar que inclui peritos de diferentes contextos e perspetivas; d) estão assentes num processo de construção transparente que minimize distorções, vieses e conflitos de interesses; e) são revistas sempre que exista evidência que justifique alterações às recomendações.

Para cada recomendação deve ser dada uma explicação do racional subjacente à mesma, incluindo a descrição de potenciais benefícios e riscos, um resumo da evidência mais relevante (incluindo falhas na evidência) e uma descrição da quantidade, qualidade e consistência da evidência encontrada (Institute of Medicine of the National Academies, 2011). Deve também incluir o nível de confiança subjacente à evidência, a força da recomendação e a descrição de diferenças relevantes de opinião entre peritos (Institute of Medicine of the National Academies, 2011).

Fundamentada nestes pressupostos, a estratégia definida para a construção das recomendações seguiu uma sequência de diferentes fases que se descrevem pormenorizadamente em seguida.

Numa primeira fase foram definidas as áreas que o conjunto de recomendações deveria abranger, assim como população alvo (pessoa com AVC) e condição clínica específica (disfagia), desde a fase aguda até à de reabilitação, abrangendo as intervenções diagnósticas e terapêuticas cuja evidência demonstrasse diminuir a morbilidade e mortalidade ou a melhoria dos resultados em saúde.

De seguida foi definida a metodologia para uma revisão sistemática da literatura que incluiu a pesquisa de diretrizes clínicas relevantes, revisões sistemáticas da literatura/metá-análise e estudos experimentais ou quase experimentais; estudos observacionais; publicações

entre 2008⁵ e 2019 e; textos em português, inglês, francês e espanhol, nas seguintes bases de dados e motores de busca: *Cochrane Library*; *CINAHL with Full Text*; *PubMed*; *Trip Database*, *Epistemonikos* (excluindo *PubMed* e *Cochrane Library*) e pesquisa manual em páginas de sociedades científicas/profissionais nas áreas relacionadas e de organismos responsáveis pela emissão de diretrizes clínicas, como por exemplo a Direção-Geral da Saúde, o *National Institute for Health and Care Excellence*, *European Stroke Organization*, *National Guideline Clearinghouse* ou a *American Stroke Association*.

Para iniciar a estratégia de pesquisa de evidência foram construídas sete questões clínicas, em formato *Patient* ou *Problem*, *Intervention*, *Comparison* e *Outcome* (PICO) (Akobeng, 2005), sempre que tal se mostrou apropriado: a) em que momento e por quem deve a capacidade para deglutir ser rastreada e avaliada em pessoas com AVC?; b) quais os instrumentos/estratégias mais adequadas (com relação com a sensibilidade, especificidade, valor preditivo negativo e valor preditivo positivo) para o rastreio da disfagia na pessoa com AVC em fase aguda?; c) a introdução de protocolos de higiene oral com antisséptico comparada com cuidados de higiene oral *standard* diminui a mortalidade e a morbilidade ou melhora os resultados em saúde em pessoas com AVC?; d) o rastreio sistemático do risco nutricional comparado com cuidados *standard* em pessoas com disfagia após AVC diminui a mortalidade e a morbilidade ou melhora os resultados em saúde em pessoas com AVC?; e) a alimentação por SNG comparada com outras estratégias de alimentação diminui a mortalidade e a morbilidade ou melhora os resultados em saúde em pessoas com AVC?; f) quais as intervenções terapêuticas com resultados mais significativos na recuperação da função deglutória e na segurança da via aérea?; g) a modificação da consistência dos alimentos comparada com a alimentação *standard* diminui a mortalidade e a morbilidade ou melhora os resultados em saúde em pessoas com AVC?

Primeiro, as diretrizes internacionais encontradas foram analisadas para identificação de conteúdo relevante, de acordo com as questões clínicas definidas e selecionadas em função disso. De seguida, foram pesquisadas revisões sistemáticas e metanálise. Seguiu-se a pesquisa dos estudos experimentais ou quase experimentais publicados em revistas com revisão por pares. Nas revisões sistemáticas da literatura foram priorizadas as produzidas pela rede *Cochrane Collaboration*, uma vez que lhes tem sido reconhecido maior rigor e qualidade metodológica mais elevada (Goldkuhle et al., 2018; Moseley et al., 2009).

⁵ As primeiras pesquisas foram iniciadas em 2018, tendo como critério temporal os últimos 10 anos. Considerando que a pesquisa se prolongou ao longo do ano de 2019, manteve-se o período de pesquisa a partir de 2008. As pesquisas realizadas ainda em 2018 foram atualizadas em 2019 para elaboração do projeto final de recomendações.

O alargamento da pesquisa a estudos experimentais/quase experimentais ou observacionais ficou dependente das revisões recuperadas e da avaliação da sua qualidade metodológica. Dependendo da data de publicação das mesmas, refez-se a pesquisa para o período posterior, na tentativa de identificar estudos publicados depois da sua publicação a fim de serem incluídos.

Os estudos recuperados das bases de dados foram então selecionados pela leitura do título/resumo para determinação do cumprimento dos critérios de inclusão para cada uma das questões clínicas formuladas e incluídos para análise e avaliação da qualidade metodológica.

Relativamente à avaliação da qualidade metodológica, esta foi realizada por dois investigadores sendo que para a avaliação das diretrizes clínicas foi usada a *Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation* (AGREE) II (Brouwers et al., 2010), sendo definido que seriam consideradas para inclusão as que obtivessem uma pontuação média em todos os domínios $\geq 70\%$; a avaliação da qualidade metodológica das revisões sistemáticas foi orientada pela *A Measurement Tool to Assess Systematic Reviews* (AMSTAR) 2, utilizando a ferramenta disponibilizada *online* (Shea et al., 2017), sendo definido que seriam consideradas para inclusão as que obtivessem uma avaliação de moderada a elevada qualidade; e para a apreciação da qualidade metodológica dos estudos experimentais e quase experimentais as ferramentas disponibilizadas pelo *Critical Appraisals Skills Programme* (CASP) (Critical Appraisals Skills Programme, 2019).

Dada a complexidade da estratégia de pesquisa foi elaborada um documento de trabalho onde foram sendo registados os vários passos realizados durante a pesquisa (que inclui resultados) (anexo IX).

Foi definido que, para a elaboração do primeiro projeto de recomendações, se utilizariam diretamente as recomendações constantes em diretrizes clínicas e/ou revisões sistemáticas de elevada qualidade metodológica, desde que atualizadas. A existência de estudos experimentais ou quase experimentais de elevada qualidade e relevantes publicados após a emissão das diretrizes clínicas determinaria a sua análise e inclusão para discussão pelos peritos.

Terminada esta fase passou-se à avaliação e classificação dos enunciados das recomendações por níveis de evidência, de acordo com o sistema de recomendações do *American College of Cardiology* e da *American Heart Association* (Halperin et al., 2015) que definem cinco níveis de evidência e cinco níveis de recomendações (tabela 25):

Tabela 25 - Sistema de classificação de recomendações e evidência⁶

NÍVEL DE RECOMENDAÇÃO	NÍVEL DE EVIDÊNCIA
Classe I (forte) Benefício >>>Risco Frases sugeridas para redigir a recomendação: - é recomendado; - é indicado/efetivo/benéfico; - deve ser realizado/administrado/outro; - frases de comparabilidade- efetividades (o tratamento A é preferível ao tratamento B).	Nível A Evidência de elevada qualidade de mais do que um ensaio clínico randomizado (ECR); Metanálises de elevada qualidade de ECR; Um ou mais ECR corroborados por estudos observacionais de elevada qualidade.
Classe IIa (moderada) Benefício >>Risco Frases sugeridas para redigir a recomendação: - é razoável; - pode ser útil/efetivo/benéfico; - frases de comparabilidade- efetividades (é razoável escolher o tratamento A em detrimento do tratamento B).	Nível B-R (randomizados) Evidência de moderada qualidade de um ou mais ECR; Metanálises de moderada qualidade de ECR.
Classe IIb (fraca) Benefício ≥Risco Frases sugeridas para redigir a recomendação: - poderá ser razoável; - poderá ser considerado; - a utilidade/efetividade é desconhecida/pouco clara/incerta ou não corretamente estabelecida.	Nível B-NR (não randomizados) Evidência de moderada qualidade de um ou mais estudos não randomizados ou observacionais; Metanálise de tais estudos.
Classe III: sem benefício (moderada) Benefício =Risco Frases sugeridas para redigir a recomendação: - não é recomendado; - não está indicado; - não é útil/efetivo/benéfico; - não deve ser administrado/realizado/outros.	Nível C-LD (dados limitados) ECR ou estudos observacionais com limitações no desenho ou execução; Metanálise de tais estudos; Estudos fisiológicos ou mecanísticos em sujeitos humanos.
Classe III: prejudicial (forte) Risco>benefício Frases sugeridas para redigir a recomendação: - potencialmente prejudicial; - provoca dano; - associado ao aumento de morbidade/mortalidade; - não deve ser realizado/administrado/outros.	Nível C-EO (opinião de peritos) Consenso de peritos baseado na experiência clínica.

Relativamente ao nível de recomendação, na redação das recomendações foi tida em consideração o nível de evidência existente para cada uma delas e o grau de concordância e fundamentação apresentadas por cada um dos peritos relativamente às mesmas, pelo que a classificação da recomendação sugerida foi baseada na evidência disponível e sua relevância clínica. Ficou definido que apenas níveis de concordância entre peritos superior a 90% permitiriam a classificação até à classe I (forte) e que níveis de concordância superior a 80% mas $\leq 90\%$ só teriam, no limite, a classificação de classe IIa (moderada).

Após este processo, foi elaborado um primeiro projeto com um conjunto de 23 recomendações para submissão à apreciação de um painel de peritos numa técnica Delphi. Esta técnica teve como propósito desenvolver um julgamento baseado em peritos sobre

⁶ Halperin et al.(2015)

uma questão, assente no pressuposto que um grupo de peritos e a variedade das perspetivas produzirá um resultado mais válido que com apenas um (Niederberger & Spranger, 2020). São frequentemente usados para obter consensos (Diamond et al., 2014; Jorm, 2015; Keeney, Hasson, & McKenna, 2001) e para a identificação e formulação de orientações/*standards* (Centeno et al., 2018; Negrini et al., 2020), sendo que os peritos poderão suportar a sua opinião em diferentes fontes de informação: evidência obtida a partir de estudos aleatorizados, revisões sistemáticas ou metanálise e da sua própria experiência profissional (Niederberger & Spranger, 2020).

Reconhecendo-se que a técnica de Delphi não é um método de pesquisa alinhado com nenhuma metodologia específica, salienta-se a dificuldade na definição de critérios de qualidade para o seu desenvolvimento que sejam amplamente aceites (Diamond et al., 2014; Guzys et al., 2015; Niederberger & Spranger, 2020). Neste sentido, e com o propósito de reduzir o risco de *habitus mentalis*, foram convidados a participar peritos de diferentes áreas profissionais, de diferentes contextos de prática, quer clínica quer académica. A diversidade num grupo de peritos favorece uma discussão mais inovadora, tornando-se assim tão relevante para o resultado final como as habilidades e perícia dos participantes: a diversidade supera a habilidade (Hong & Page, 2004). A diversidade na composição do painel de peritos é importante para a robustez e validade dos achados (Niederberger & Spranger, 2020).

Relativamente ao número de peritos a convidar, a evidência disponível não é consensual, sendo que o número de peritos varia de três a 713, com uma média de 14 (Niederberger & Spranger, 2020). Para o painel Delphi deste estudo foram convidados a participar 16 peritos, mais facilmente acessíveis, e que aceitaram participar: quatro enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação, um neurologista, cinco fisiatras, dois nutricionistas e quatro terapeutas da fala. Todos os peritos tinham mais de 10 anos de experiência efetiva, clínica e/ou académica, na área da pessoa com AVC.

Todos os peritos foram previamente contactados no sentido de os esclarecer sobre o tipo e termos da sua participação e no texto introdutório ao documento que lhes foi remetido com as recomendações para apreciação, foi esclarecido que as recomendações foram construídas tendo por foco a pessoa e não um grupo profissional específico, pedindo que se pronunciassem, para cada uma das recomendações, tendo por base as competências, habilidades e conhecimentos que desenvolveram neste domínio durante todo o seu percurso profissional e a experiência adquirida na sua área clínica de intervenção.

As recomendações foram remetidas aos peritos por correio eletrónico, para o endereço por eles indicado. Foi pedido a cada um que, para cada recomendação, indicasse o nível de

concordância (concordo, concordo parcialmente ou não concordo), sendo que para as respostas “concordo parcialmente” e “não concordo” foi solicitado que justificassem a sua resposta e/ou propusessem alteração/eliminação da recomendação.

Foi definido como nível de consenso níveis de concordância entre peritos superiores a 80% (Diamond et al., 2014).

Relativamente às considerações éticas relacionadas com o painel Delphi, para além das questões do consentimento informado, foi igualmente solicitado aos peritos que declarassem qualquer tipo de conflito de interesses, a que todos responderam não existir. Foi igualmente assegurado o anonimato dos participantes, sendo este um dos aspetos éticos mais relevantes no momento que se decide utilizar esta técnica (Niederberger & Spranger, 2020).

2. AS RECOMENDAÇÕES CLÍNICAS

Para a elaboração do primeiro projeto de recomendações foram consideradas as diretrizes clínicas publicadas e classificadas como de elevada qualidade, revisões sistemáticas, estudos experimentais e quase experimentais, estudos observacionais e consensos de peritos já publicados, considerando que, para algumas das questões, não foi encontrada evidência ou a existente era de baixa qualidade. Nenhuma das diretrizes já publicada permitiu dar resposta à totalidade das questões clínicas inicialmente formuladas. De salientar que a norma existente em Portugal referente a esta temática não foi incluída uma vez que o resultado da avaliação da qualidade da norma a classificou como de baixa qualidade (anexo X).

O projeto com as 23 recomendações foi então submetido à apreciação dos peritos convidados. Dos 16 peritos convidados que aceitaram participar, 13 responderam à primeira ronda: quatro enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação, três fisiatras, dois nutricionistas e quatro terapeutas da fala (tabela 26). Na segunda e terceira ronda dois dos peritos não responderam: um fisiatra e um terapeuta da fala. Foram realizadas no total três rondas.

Tabela 26 - Perfil dos peritos convidados para o painel Delphi

Perito	Perfil profissional
EEER 1	Docente/investigador do ensino superior/academia
EEER 2	Prestação de cuidados em UAVC
EEER 3	Prestação de cuidados em unidade de reabilitação
EEER 4	Prestação de cuidados em unidade de reabilitação
Fisiatra 1	Prestação de cuidados em UAVC
Fisiatra 2	Prestação de cuidados em unidade de reabilitação
Fisiatra 3	Prestação de cuidados em unidade de reabilitação*
Nutricionista 1	Prestação de cuidados em UAVC/ Docente/investigador do ensino superior
Nutricionista 2	Prestação de cuidados em unidade de reabilitação
Terapeuta da fala 1	Prestação de cuidados em UAVC/docente convidado no ensino superior
Terapeuta da fala 2	Prestação de cuidados em UAVC
Terapeuta da fala 3	Prestação de cuidados em unidade de reabilitação
Terapeuta da fala 4	Prestação de cuidados em unidade de reabilitação*

*Não responderam na segunda e terceira ronda.

Na primeira ronda foi conseguido um consenso em 14 das 23 recomendações e, destas, o consenso foi superior a 90% para nove (anexo XI). As recomendações que alcançaram

nível de consenso (na soma do consenso total e parcial) superior a 80%, mas inferior a 90% no consenso total, passaram à ronda seguinte com a incorporação das sugestões dos peritos. As recomendações que alcançaram níveis de consenso (na soma do consenso total e parcial) inferiores a 80% foram rejeitadas.

Para a segunda ronda foram remetidas aos peritos sete recomendações. No sentido de clarificar algumas das questões levantadas pelos peritos na ronda anterior, foi remetida informação adicional explicitando o racional de tomada de decisão para a sua incorporação nas recomendações, tendo também sido remetida a informação relativamente aos comentários dos peritos. Todas as recomendações alcançaram um nível de consenso superior a 80% (anexo XII).

A versão final das recomendações foi remetida aos peritos para apreciação, com a indicação do nível de consenso obtido para cada uma delas, o nível de evidência associado e nível de recomendação, tendo sido recebidas algumas sugestões de melhoria da redação para algumas delas.

Foram assim consensualizadas 21 recomendações clínicas para a abordagem à pessoa com deglutição comprometida após o AVC.

Apresentam-se de seguida as recomendações clínicas emergentes de cada questão clínica e respetiva fundamentação.

Tabela 27 - Questão clínica 1

Questão clínica 1: quando deve a capacidade para deglutir ser rastreada e avaliada em pessoas com AVC?			
Nível de concordância			%
Recomenda-se que em todos os serviços e a todas as pessoas admitidas com diagnóstico de AVC (confirmado ou não), em fase aguda, seja instituído um protocolo de rastreio da disfagia. O rastreio deverá ser realizado o mais precocemente possível, antes da ingestão de qualquer líquido, alimento ou medicação.			100
Nível de recomendação	I	Nível de evidência	C-LD
Recomenda-se que o rastreio da disfagia seja realizado por enfermeiro, médico ou terapeuta da fala devidamente treinado ⁷ .			91
Nível de recomendação	I	Nível de evidência	C-EO
Recomenda-se que todas as pessoas cujo rastreio da disfagia seja positivo, ou apresentem outros fatores de risco para a disfagia, sejam submetidas a avaliação clínica por profissionais devidamente treinados. É razoável, sempre que possível, que seja dada preferência à realização de avaliação endoscópica da deglutição, considerando a disponibilidade de meios técnicos e humanos.			85
Nível de recomendação	Ila	Nível de evidência	C-EO

A incidência de disfagia após AVC é elevada, podendo atingir mais de metade das pessoas em fase aguda, dependendo do método utilizado para a sua avaliação (Takizawa et al., 2016), estando a sua presença relacionada com uma maior probabilidade de complicações como a pneumonia, a desnutrição, desidratação, pior qualidade de vida e morte (Wirth et al., 2016). Para a disfagia, mais concretamente para a identificação da aspiração, a avaliação instrumental tem sido considerada o padrão de ouro, ie, o teste de referência

⁷ Considera-se “devidamente treinado” o profissional que detenha os conhecimentos, competências e habilidades para realizar o rastreio.

(Brady & Donzelli, 2013; Wirth, et al., 2016). Dada a incidência e potenciais complicações da disfagia, idealmente todas as pessoas devem ser avaliadas com testes de referência, no entanto, existem várias limitações: nem todas as pessoas podem ser submetidas a um exame invasivo, nem todos os hospitais possuem profissionais treinados disponíveis 24 horas por dia para realizá-los e nem todos os hospitais possuem o equipamento necessário para os realizar (Boaden, Doran, et al., 2017; Cohen et al., 2016). Daqui resulta ser impraticável a realização de avaliação instrumental a todas as pessoas com AVC durante a fase aguda. Neste contexto, várias diretrizes internacionais recomendam a realização de rastreio da disfagia a todas as pessoas admitidas com diagnóstico clínico de AVC, o mais precocemente possível, antes da administração de qualquer alimento, líquido ou medicação (Boulanger et al., 2018; Burgos et al., 2018; Herbert et al., 2016; National Collaborating Centre for Chronic Conditions, 2019; Powers et al., 2018; Stroke Foundation, 2019; Winstein et al., 2016). De todas estas recomendações apenas uma delas recomenda um intervalo de tempo de até quatro horas após a admissão (Stroke Foundation, 2019), todas as outras indicam o mais cedo possível e assim que o estado de consciência da pessoa o permita. Estas recomendações surgem como fortes, sendo que a evidência que lhes está associada é proveniente, essencialmente, de estudos observacionais. De facto, numa revisão sistemática publicada em 2018, que procurou identificar estudos experimentais que estudassem o efeito de protocolos de rastreio da disfagia na incidência de pneumonia, morte ou dependência após o AVC, foram identificados três estudos, sendo que os resultados dos mesmos não permitiram determinar qualquer efeito (Smith et al., 2018). Uma outra revisão sistemática, de estudos observacionais e quase-experimentais e que incluiu doze estudos com mais de 87 mil participantes, sugere que o rastreio precoce da disfagia reduz a incidência de pneumonia após o AVC (Eltringham et al., 2018). De acordo com os autores, a heterogeneidade dos métodos impediu a análise quantitativa dos resultados. A evidência que suporta as recomendações internacionais provem, essencialmente, de estudos incluídos nesta última revisão. Foi igualmente identificado durante a pesquisa um estudo observacional publicado posteriormente e não incluído nesta revisão, desenvolvido por Han et al. (2018), com uma amostra de 3309 participantes, que procurou avaliar o impacto do atraso no rastreio da disfagia em pessoas após AVC, tendo como referência a sua realização até quatro horas após a admissão, e que conclui que o atraso é prejudicial, sugerindo que tal poderá estar associado ao atraso na nutrição e à utilização de técnicas inapropriadas de alimentação, potenciadoras da aspiração. Este estudo vem reforçar a evidência já existente justificando assim o nível de recomendação proposto para a primeira recomendação.

A realização do rastreio é o primeiro passo na cascata diagnóstica e orienta para a necessidade de uma avaliação mais abrangente: a avaliação clínica. É consensual entre diferentes peritos a nível internacional que este é o melhor percurso para a pessoa (Boulanger et al., 2018; Donovan et al., 2013; Herbert et al., 2016; National Collaborating Centre for Chronic Conditions, 2019; Wirth et al., 2013). No entanto, e provavelmente associado ao facto de não existir evidência que suporte este percurso diagnóstico e considerando que a avaliação instrumental é tida como o padrão de ouro na avaliação da disfagia, sendo mesmo a única estratégia capaz de identificar a aspiração (Garon et al., 2009), algumas das diretrizes recomendam que a avaliação instrumental seja considerada. De facto, a identificação da aspiração silenciosa é um desafio acrescido para os profissionais de saúde, sendo que a panóplia de instrumentos de rastreio da disfagia já desenvolvidos não aborda de forma satisfatória esta dimensão da disfagia. A maior parte deles tem em conta sinais objetivos de aspiração, mas não consideram, por exemplo a capacidade de tosse reflexa, que traduz o grau de dano na resposta sensoriomotora laríngea (Garon et al., 2009; Perry et al., 2018), reforçando assim a necessidade de avaliação clínica não só a pessoas com rastreio positivo, mas igualmente naquelas que apresentem outros fatores de risco. Neste contexto, as recomendações da *American Heart Association/American Stroke Association* (AHA/ASA) indicam, com um nível de recomendação moderado, que a avaliação instrumental deva ser realizada a todas as pessoas uma vez que esta permite visualizar a fisiologia da deglutição, determinar a presença ou ausência de aspiração, a quantidade de material aspirado e as causas fisiológicas ou estruturais para disfagia (Powers et al., 2018; Winstein et al., 2016). Esta informação é determinante para a elaboração de um plano terapêutico adequado e eficaz, sendo que a realização da avaliação instrumental estará sempre condicionada à disponibilidade de recursos humanos e de equipamentos (Powers et al., 2018; Winstein et al., 2016). Outras das diretrizes sugerem a avaliação instrumental no seguimento de uma avaliação clínica inconclusiva/sugestiva de aspiração ou em pessoas com alimentação entérica (Herbert et al., 2016; National Collaborating Centre for Chronic Conditions, 2019). Outra das diretrizes, reconhecendo a utilidade da realização da avaliação clínica, recomenda que seja dada preferência à avaliação instrumental (Burgos et al., 2018).

A recomendação formulada emerge essencialmente da consciência da limitação de recursos humanos e técnicos para a priorização da avaliação instrumental. Neste contexto, na auscultação aos peritos, a referir que um dos peritos concordou parcialmente da recomendação formulada a partir da evidência acima descrita referindo que deveria ficar explícito que apenas o terapeuta da fala pode realizar a avaliação clínica e consequente

intervenção, acrescentando que a avaliação instrumental apenas deveria ser realizada se a avaliação clínica fosse duvidosa.

Relativamente ao profissional mais habilitado para a realização do rastreio, parte das recomendações internacionais recomenda que seja realizado por terapeuta da fala (Herbert et al., 2016; Powers et al., 2018; Winstein et al., 2016) ou outro profissional devidamente treinado, que não especificam (Boulanger et al., 2018; National Collaborating Centre for Chronic Conditions, 2019; Stroke Foundation, 2019). Uma das recomendações não faz qualquer referência ao profissional que deve realizar o rastreio (Burgos et al., 2018). A evidência sugere que a realização do rastreio por enfermeiros é eficaz num conjunto importante de resultados nas pessoas com AVC, nomeadamente na redução da incidência de pneumonia (Hines et al., 2016; Palli et al., 2017). Neste contexto, existe um consenso relativamente estabelecido de que o rastreio da disfagia em pessoas com AVC deva ser realizado pelos enfermeiros, o mais cedo possível, para que as pessoas não sejam mantidas em dieta zero por tempo desnecessário, atendendo ao facto de que não estão disponíveis em permanência nos hospitais terapeutas da fala (Altman et al., 2012; Middleton et al., 2017; Palli et al., 2017). Na auscultação ao painel de peritos, um deles referiu concordar apenas parcialmente com esta recomendação uma vez que entende que os terapeutas da fala não devem realizar o rastreio, que este deve ser realizado pelos enfermeiros ou médicos desde que treinados para o efeito, e que aos terapeutas da fala ficaria reservada a intervenção ao nível da avaliação clínica. Outros dois peritos sugeriram incluir o médico, referindo que, em determinados contextos clínicos, o médico também realiza o rastreio, pelo que a recomendação os deveria incluir. A recomendação construída a partir do consenso dos peritos foi classificada como forte dada a necessidade de, no seguimento da recomendação relativamente à realização de rastreio precoce, assegurar que é inequívoco nas equipas quem o deverá realizar.

Tabela 28 - Questão clínica 2

Questão clínica 2: quais os instrumentos validados para o rastreio da disfagia na pessoa com AVC em fase aguda?			
Nível de concordância			%
Recomenda-se que nos protocolos de rastreio da disfagia sejam utilizados instrumentos de rastreio devidamente validados. O GUSS, pelas suas propriedades psicométricas, parece ser um instrumento adequado.			100
Nível de recomendação	Ila	Nível de evidência	C-EO

O rastreio da disfagia é um procedimento rápido, minimamente invasivo, para a determinação do risco de compromisso da deglutição, permitindo orientar no sentido de determinar quem poderá iniciar alimentação oral e a quem é justificada uma avaliação clínica posterior: é o primeiro e essencial passo na avaliação da deglutição (Daniels et al., 2015). É consensual a necessidade de implementação de protocolos de rastreio da disfagia em pessoas admitidas com AVC em fase aguda, pois mesmo não existindo evidência suficiente para determinar se a implementação destes protocolos reduz o risco de morte ou dependência, tal não significa que sejam ineficazes (Powers et al., 2018). No entanto, nem todas as unidades de AVC utilizam protocolos de rastreio da disfagia, sendo que os enfermeiros utilizam testes de água e diferentes itens para o rastreio informal da disfagia, tornando incerto se os itens com maior sensibilidade e especificidade são tidos em consideração (Joundi et al., 2017; Oliveira, Couto & Mota, 2020). A deteção informal, apesar de apresentar elevada especificidade, tem baixa sensibilidade, o que significa que uma percentagem significativa de pessoas disfágicas não serão identificadas, traduzindo-se em risco acrescido de complicações (Sherman et al., 2018). Outros dos aspetos que importa salientar é a tendência que se verifica, quer ao nível da investigação, quer ao nível da prática clínica, de uma maior valorização da aspiração e complicações respiratórias, o que negligencia uma parte significativa das complicações da disfagia, sobretudo do ponto de vista nutricional (Boaden, Doran, et al., 2017; Cohen et al., 2016). Daqui resulta que os testes de água e a avaliação da oximetria de pulso, tradicionalmente utilizados para a identificação da aspiração, sejam frequentemente utilizados como estratégias de rastreio da disfagia, sendo que relativamente aos testes de água, o resultado para a sensibilidade é inferior a 80% (Chen et al., 2016) e no que concerne a oximetria de pulso, a evidência existente não consegue comprovar a existência de associação entre a dessaturação de oxigénio e a aspiração, não validando assim o seu uso na deteção da aspiração (Britton et al., 2018). As diretrizes clínicas da sociedade alemã de nutrição clínica vão mais longe fazendo uma recomendação expressa contra o uso da oximetria, associada ou não a outras técnicas de rastreio, para o rastreio da disfagia (Wirth et al., 2013). Estes achados reforçam a necessidade da implementação de protocolos de rastreio da disfagia no sentido de identificar pessoas em risco que careçam de avaliação clínica subsequente (Oliveira, Couto & Mota, 2020).

Neste contexto, diretrizes internacionais recomendam a realização de rastreio da disfagia a todas as pessoas admitidas nas unidades de AVC com instrumentos validados, não fazendo, no entanto, qualquer recomendação sobre qual o instrumento a utilizar (Boulanger et al., 2018; Herbert et al., 2016; Stroke Foundation, 2019). Um outro conjunto de

recomendações clínicas (National Collaborating Centre for Chronic Conditions, 2019) identifica o GUSS (Trapl et al., 2007) como sendo o instrumento que parece ser melhor preditor da aspiração. Apenas a Sociedade Alemã de Nutrição Clínica (Wirth, et al., 2013), nas suas diretrizes clínicas para a nutrição em pessoas com AVC, faz uma recomendação explícita, sustentada em evidência moderada, para a utilização de três métodos para o rastreio da disfagia, sendo um deles a utilização do GUSS (Trapl et al., 2007). As recomendações constantes das diretrizes antes identificadas estão classificadas como moderadas a fracas, por se esperar que o benefício da utilização de instrumentos validados supere o risco da sua não utilização. A falta de recomendação para a utilização de um instrumento específico poderá estar relacionada com a dificuldade na identificação de instrumentos validados que apresentem as propriedades psicométricas ideais, ie, adequada sensibilidade, especificidade e força preditiva que permitam escurpulosamente detetar a disfagia e aspiração quando usada por qualquer profissional de saúde (Donovan et al., 2013). Duas revisões sistemáticas realizadas com o objetivo de identificar instrumentos de rastreio da disfagia em pessoas com AVC identificaram os instrumentos constantes da tabela 29 (Oliveira, Mota, Freitas & Ferreira, 2019; Poorjavad & Jalaie, 2014). Nestas duas revisões apenas foram incluídos estudos descrevendo a validação de instrumentos de rastreio da disfagia, em pessoas com AVC, validados com padrão de ouro (avaliação instrumental) e com baixo risco de viés, no entanto referente a distintos períodos de publicação: na revisão sistemática desenvolvida por Poorjavad e Jalaie (2014) foram incluídos estudos publicados entre 1990 e 2013, na revisão de Oliveira, Mota, Freitas & Ferreira (2019) foram incluídos estudos publicados entre 2007 e 2017. Ambas concluem que os instrumentos identificados carecem de posterior investigação, principalmente com amostras maiores, no sentido de robustecer os resultados de validade e fiabilidade, bem como avaliar o impacto nos resultados em saúde das pessoas com AVC decorrentes da sua utilização. Oliveira, Mota, Freitas & Ferreira (2019) concluem sugerindo que, dadas as suas propriedades psicométricas e recomendações alimentares, o GUSS (Trapl et al., 2007) parece ser o instrumento mais apropriado, dentro dos instrumentos validados, para o rastreio da disfagia. A revisão sistemática realizada por Poorjavad e Jalaie (2014) é a evidência que suporta a recomendação das diretrizes clínicas australianas (Stroke Foundation, 2019).

Tabela 29 - Resultados das revisões sistemáticas

Revisão	Instrumentos identificados
Oliveira et al. (2019)	Barnes-Jewish Hospital-Stroke Dysphagia Screen (Edmiaston et al., 2014)
	Gugging Swallowing Screen (Trapl et al., 2007)
	The Toronto Bedside Swallowing Screening Test© (Martino et al., 2009)
Poorjavand & Jalaie (2014)	Oral Pharyngeal and Clinical Swallowing Examination (Daniels et al., 1997)
	Bedside Aspiration Test (Lim et al., 2001)
	Gugging Swallowing Screen (Trapl et al., 2007)
	The Toronto Bedside Swallowing Screening Test© (Martino et al., 2009)

A validação de instrumentos de medida e avaliação em saúde significa que esses mesmos instrumentos foram testados quanto aos seus parâmetros psicométricos para a determinação da fiabilidade, ou seja, a capacidade que o instrumento tem de produzir resultados consistentes, e quanto à validade, ie, a capacidade que o instrumento tem de produzir resultados verdadeiros, de medir o que é suposto medir (Mokkink et al., 2010b). Um instrumento de rastreio, em regra, não é utilizado para diagnosticar uma condição clínica, mas permite, no entanto, identificar sujeitos em risco de desenvolver essa condição clínica e por isso necessitando de avaliação subsequente (Maxim et al., 2014). Um instrumento de rastreio ideal teria um resultado positivo se, e somente se, o indivíduo realmente tivesse a doença e um resultado negativo, se e somente se o sujeito não tivesse a doença, mas nem sempre isso se verifica (Maxim et al., 2014). Indo ao encontro das conclusões apresentadas por Oliveira, Mota, Freitas & Ferreira (2019), a escolha de um instrumento de rastreio depende da ponderação de vários fatores: organizacional, estrutural, clínico e a disponibilidade de profissionais e recursos, pelo que um único instrumento pode não ser apropriado para todos os contextos clínicos. Neste sentido importa, em primeiro lugar, identificar os que já se encontrem traduzidos para a língua portuguesa. Dos instrumentos identificados nas revisões sistemáticas de Poorjavand e Jalaie (2014) e Oliveira et al. (2019), apenas o GUSS (Trapl et al., 2007) existe disponível numa versão em português, no *site* da autora (em processo de validação em Portugal). Para nenhum dos outros foi encontrada qualquer versão em português, validada ou não.

De facto, a utilização do GUSS é crescente, existindo já diversos estudos publicados que o utilizam como instrumento para o rastreio da disfagia (Arnold et al., 2016; Mourão et al., 2016; Palli et al., 2017; Sørensen et al., 2013). Numa revisão sistemática recente, desenvolvida com o objetivo de averiguar a validade e benefícios do GUSS, foram incluídos para revisão um total de oito estudos, cujos resultados, agrupados os dados, apresentam

uma sensibilidade de 0,97, para um intervalo de confiança de 95% e especificidade de 0,67, para o mesmo intervalo de confiança (Park et al., 2020). Relativamente aos benefícios, refere que o rastreio realizado por enfermeiros usando o GUSS reduz o tempo para a realização do rastreio e a incidência de pneumonia, concluindo que este instrumento é válido e sensível para o rastreio da disfagia.

Relativamente à auscultação aos peritos, todos concordaram totalmente com a recomendação, exceto um deles que concordou parcialmente referindo que pela experiência clínica crê que o GUSS tem algumas lacunas, sendo útil o desenvolvimento de um instrumento que pudesse colmatar as mesmas. No entanto, acrescenta que entre os instrumentos de rastreio validados atualmente disponíveis acredita ser o mais indicado. Neste sentido, e sendo expectável que o benefício da utilização de um instrumento de rastreio da disfagia em pessoas com AVC seja superior à não utilização, apresenta-se esta recomendação com força moderada e baseada no consenso dos peritos.

Tabela 30 - Questão clínica 3

Questão clínica 3: a introdução de protocolos de higiene oral comparada com cuidados de higiene oral <i>standard</i> diminui a mortalidade e a morbilidade ou melhora os resultados em saúde em pessoas com disfagia após AVC?			
Nível de concordância			%
Devem ser instituídos protocolos de higiene oral que incluam escovagem dos dentes/mucosa oral, hidratação e proteção da boca (lábios e mucosas). No caso de disfagia severa, é razoável a utilização, duas vezes por dia, de um antisséptico (clorhexidina a 0,12%) para enxaguamento da cavidade oral.			85
Nível de recomendação	II-a	Nível de evidência	B-R

As pessoas acometidas por AVC estão em maior risco de colonização oral por agentes patogénicos respiratórios, o que está associado a eventos adversos a nível respiratório (Boaden, Lyons, et al., 2017; Perry et al., 2020) e pior qualidade de vida (Kothari et al., 2017). Para além disso, as pessoas com AVC apresentam pior estado clínico da saúde oral em vários parâmetros: perda de dentes, número de cáries, estado periodontal e higiene oral (Dai et al., 2015; Pillai et al., 2018). Por outro lado, existe igualmente evidência da associação entre a disfagia e o aumento do risco de pneumonia (Al-Khaled et al., 2016; Arnold et al., 2016) que, por sua vez, está associado a um aumento do tempo de internamento, piores resultados funcionais e maior risco de mortalidade (Schwarz et al.,

2017). Apesar disto, a evidência disponível não permite associar independentemente a disfagia à pneumonia aspirativa, dado que esta é multifatorial. Se por um lado existe evidência que sugere que pessoas com SNG, cuja presença promove a colonização da orofaringe, pessoas em situação de grave compromisso da mobilidade e pessoas com alteração do estado de consciência apresentam maior risco de desenvolver pneumonia aspirativa (Brogan et al, 2014a; Brogan et al., 2014b), por outro, um estudo desenvolvido por Kalra et al. (2016), conclui que a utilização precoce de SNG em pessoas com AVC não alimentadas oralmente não aumenta a incidência de pneumonia, mortalidade ou piores resultados funcionais. Para além disso, a ingestão de água (não espessada/modificada), em condições específicas, em pessoas disfágicas após AVC, não aumenta a incidência de pneumonia aspirativa, reforçando assim a sua etiologia multifatorial (Guillman et al., 2017).

A fisiopatologia da pneumonia aspirativa pode ser explicada como o resultado da combinação de diferentes riscos: a disfagia com compromisso da segurança da via aérea; fragilidade e estado de saúde comprometido (malnutrição, sarcopenia, compromisso imunitário, comorbidades e baixa funcionalidade); e má condição oral e má higiene oral com colonização por agentes patogénicos respiratórios (Fernández & Clavé, 2013). De facto, a presença de SNG não protege a pessoa do risco de aspiração uma vez que esta continua a ter de deglutir mais de 500 mililitros de saliva por dia (Wirth et al., 2013). Se se considerar que a pneumonia é um dos principais fatores modificáveis de morte e piores resultados nos doentes com AVC, devem os profissionais de saúde colocar a sua atenção nos fatores de risco para o seu desenvolvimento, potenciando assim melhores resultados e prognóstico para estas pessoas (Koennecke et al., 2011).

Neste contexto, e relativamente à implementação de protocolos de higiene oral, as diretrizes internacionais realçam a importância da existência de programas de higiene oral, com maior ou menor pormenorização da intervenção, que incluam a frequência dos cuidados à boca, tipo de dispositivos e tipo de produtos a utilizar, salientando a importância destes para a redução da pneumonia (Boulanger et al., 2018; Herbert et al., 2016; Powers et al., 2018; Stroke Foundation, 2019; Winstein et al., 2016). Relativamente à frequência, Boulanger et al., (2018) recomendam que sejam efetuados cuidados orais a seguir a todas as refeições e ao deitar. Quanto aos produtos a utilizar, Powers et al., (2018) e a Stroke Foundation (2019) referem ser razoável a realização da higiene oral com enxaguamento com clorhexidina, para redução do risco de pneumonia, placa dentária e sangramento gengival. Na Ficha de Cuidados Baseados na Evidência, disponível na *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*, sobre cuidados orais a pessoas internadas, é recomendada a avaliação diária da cavidade oral, a realização de cuidados de higiene oral duas vezes por dia e a utilização de clorhexidina a 0,12% para enxaguamento oral em

peessoas em risco de má higiene oral (Mennella & Heering, 2018). A Sociedade Europeia de Perturbações da Deglutição, no seu “Relatório Branco”, onde classifica a disfagia orofaríngea como uma síndrome geriátrica, identifica como uma das intervenções a incluir na abordagem terapêutica à pessoa idosa com disfagia orofaríngea a higiene oral diária no mínimo de 12 em 12 horas, associada ao enxaguamento da cavidade oral, especialmente com uso de clorhexidina, sendo que esta não deve ser utilizada por períodos superiores a 15 dias (Baijens et al., 2016).

Outros dos aspetos incluídos nas recomendações são a necessidade de treino e formação aos profissionais de saúde sobre a avaliação, prestação de cuidados de higiene oral e necessidade de cuidados orais na prevenção de pneumonia (Herbert et al., 2016; Stroke Foundation, 2019). Numa revisão sistemática da Cochrane Collaboration realizada em 2006 e atualizada em 2010 (que não altera as conclusões de 2006), com o objetivo de identificar quais as intervenções que contribuem para a melhoria da higiene oral, a partir de estudos experimentais, conclui que a evidência sugere que a implementação de uma intervenção multimodal especialmente dirigida à higiene oral parece melhorar os conhecimentos e atitudes dos profissionais e reduzir a incidência de pneumonia, no entanto, salientam a marcante falta de evidência (Brady et al., 2006). Três revisões publicadas posteriormente (Ajwani et al., 2017; Kwok et al., 2015; Lyons et al., 2018) reforçam as conclusões desta revisão sistemática da Cochrane, identificando a falta de higiene oral como um reflexo da falta de conhecimento dos profissionais, sendo os cuidados de higiene oral um aspeto negligenciado na prática clínica. Salientam ainda a reduzida evidência produzida sobre esta temática, sugerindo que a implementação de protocolos de higiene oral poderá reduzir a incidência de pneumonia, realçando, no entanto, a necessidade de mais estudos que tornem inequívoca esta relação. Apontam igualmente a falta de diretrizes e protocolos de higiene oral específicos para pessoas com AVC.

Uma outra revisão, realizada com o objetivo de sustentar recomendações para os cuidados de higiene oral em pessoas com AVC, recomenda que em pessoas que não deglutem, incluindo os alimentados por sonda, os cuidados de higiene oral sejam realizados a cada quatro horas, com escovagem dos dentes, próteses e gengivas com um agente de limpeza, como por exemplo clorhexidina em gel e que em pessoas disfágicas, mas alimentados oralmente, que os cuidados de higiene oral sejam realizados após as refeições (Kelly, 2010). O uso de clorhexidina em solução para enxaguamento ou em gel nos cuidados de higiene oral demonstrou ser eficaz na redução da pneumonia associada ao ventilador em doentes críticos (Hua et al., 2016), no entanto não existe evidência suficiente para estabelecer essa relação em pessoas com AVC. A evidência que sustenta as várias

diretrizes internacionais provém de parte da evidência identificada na pesquisa realizada para a construção destas recomendações. A AHA/ASA (Powers et al., 2018; Winstein et al., 2016) suportam as suas recomendações na revisão sistemática da Cochrane (Brady et al., 2006), anteriormente identificada e em dois estudos quase experimentais que avaliam o impacto da introdução de protocolos de higiene oral na incidência de pneumonia (Sørensen et al., 2013; Wagner et al., 2016), um deles com utilização de clorhexidina. As recomendações australianas (Stroke Foundation, 2019) estão sustentadas também na revisão sistemática da Cochrane e em dois estudos experimentais publicados em data posterior a esta revisão sistemática, estudos estes que avaliam o impacto de protocolos de higiene oral na saúde oral, colonização da cavidade oral, incidência de placa dentária e sangramento gengival (Chipps et al., 2014; Lam et al., 2013a), um deles com utilização de clorhexidina. Relativamente aos potenciais efeitos adversos decorrentes da utilização da clorhexidina, não foram identificados estudos sobre o seu efeito na capacidade de deglutir. Uma revisão sistemática da Cochrane, que procurou identificar a efetividade da utilização de enxaguamento oral com clorhexidina associada aos procedimentos de higiene oral para o controlo da gengivite e placa bacteriana (James et al., 2017), conclui que os efeitos adversos mais vezes reportados foram a alteração do paladar, alterações da mucosa oral (desconforto/dor, irritação, descamação ligeira e ulceração/erosão) e sensação de queimadura oral e/ou da língua. Quanto à concentração a utilizar e frequência do enxaguamento, refere que não existe evidência suficiente para determinar diferenças entre concentrações e frequência de utilização. A evidência existente sustenta o uso da clorhexidina na redução da placa bacteriana, mas não no controlo da gengivite.

A pesquisa de estudos (experimentais e quase experimentais) permitiu identificar as publicações constantes da tabela 31, referente a um período de tempo de publicação posterior à revisão sistemática da Cochrane desenvolvida por Brady et al., (2006). Dos 13 estudos identificados, salientam-se as diferenças no desenho dos estudos e das intervenções, sendo que oito estudos associam aos protocolos de higiene oral a utilização da clorhexidina, um deles a 1% (Ab Malik et al., 2018), outro a 0,12% (Sørensen et al., 2013) e seis deles a 0,2% (Dai et al., 2017a; Dai et al., 2017b; Dai et al., 2019; Lam et al., 2013a; Lam et al., 2013b; Lam et al., 2014). Em três estudos são usadas outras soluções orais para enxaguamento e lavagem (Chipps et al., 2014; Seedat & Penn, 2016; Wagner et al., 2016) e em outros dois foram implementados protocolos de higiene oral com aumento da frequência e intensidade da escovagem/lavagem de dentes e cavidade oral (Chen et al., 2019; Murray & Scholten, 2018). Não é possível a comparabilidade dos resultados dadas as diferenças nos desenhos dos estudos, no tipo e tempo da intervenção e variáveis mensuradas nos resultados. Nos estudos que associaram a utilização da clorhexidina a

protocolos de higiene oral, os resultados sugerem redução da placa dentária e sangramento gengival (Dai et al., 2017a; Lam et al., 2013a), redução da incidência de pneumonia aspirativa (Sørensen et al., 2013) e sem impacto estatisticamente significativo na carga oral de agentes patogénicos (Ab Malik et al., 2018; Dai et al., 2019; Lam et al., 2013b). A evidência é contraditória no que concerne a qualidade de vida, sendo que um dos estudos sugere melhoria da qualidade de vida (Dai et al., 2017b) e o outro relata a ausência de diferença entre grupos nesta medida (Lam et al., 2014). A implementação de programas de higiene oral com aumento da frequência e intensidade sugere melhoria significativa da saúde oral (Chen et al., 2019; Murray & Scholten, 2018) e a sua implementação associada ao uso de outras soluções orais para lavagem e enxaguamento sugere igualmente a melhoria da saúde oral e redução da pneumonia aspirativa (Chipps et al., 2014; Seedat & Penn, 2016; Wagner et al., 2016).

A síntese qualitativa dos estudos encontrados corrobora os achados de revisões já publicadas (Ajwani et al., 2017; Kwo et al., 2015; Lyons et al., 2018), salientando a necessidade de produção de evidência, com desenhos mais robustos, que permitam identificar o protocolo de higiene oral que produza melhores resultados do ponto de vista da melhoria da saúde oral, qualidade de vida e redução da incidência de complicações. A apreciação da qualidade metodológica dos estudos (Critical Appraisals Skills Programme, 2019) demonstrou que o nível de evidência produzida é de moderada a baixa qualidade por aspetos relacionados com o desenho dos estudos (falta de verdadeira randomização) e no relato dos resultados.

Na auscultação aos peritos, dois deles concordam parcialmente: um deles por entender ser necessário incluir-se a frequência e momentos em que deve ser realizada a higiene oral, dando o exemplo de ao acordar e a seguir às refeições; o outro perito refere que apesar de existirem algumas recomendações nesse sentido para pessoas em cuidados intensivos, existem alguns efeitos adversos do uso da clorhexidina que podem comprometer a eficácia da deglutição.

Assim, e considerando a evidência existente, as recomendações de diferentes entidades internacionais conclui-se, com um nível de recomendação moderado, que será expectável um benefício superior resultante da implementação de protocolos de higiene oral que incluam escovagem dos dentes/mucosa oral, hidratação e proteção da boca (lábios e mucosas) em pessoas após AVC comparativamente com a sua não implementação e é razoável que a utilização da clorhexidina a 0,12% produza efeitos favoráveis na incidência de complicações em pessoas com disfagia severa do que a sua não utilização. Salienta-se a necessidade de formação e treino neste domínio aos profissionais de saúde, especialmente aos enfermeiros, e aos cuidadores.

Tabela 31 - Estudos identificados no âmbito da higiene oral

Autor	Tipo de estudo	Participantes/intervenção	Variáveis mensuradas	Resultados
Ab Malik et al. (2018)	Experimental	86 participantes em reabilitação, com diagnóstico de AVC moderado a severo (Índice de Barthel < 70); Grupo de intervenção: instruções para higiene oral com escova de dentes elétrica e clorhexidina a 1% em gel, durante seis meses; Grupo de controlo: instruções para higiene oral com escova de dentes manual e pasta de dentes comercial, durante seis meses.	Agentes patogénicos oportunistas na cavidade oral identificados através de cultura	Redução estatisticamente significativa de leveduras na cavidade oral no grupo de intervenção aos seis meses ($p<0,05$) e de <i>Staphylococcus aureus</i> e bacilos aeróbios e gram negativos ao longo do estudo ($p<0,01$), mas não significativa entre grupos. <i>Candida albicans</i> e <i>Klebsiella pneumoniae</i> foram os agentes patogénicos proeminentes.
Chen et al. (2019)	Experimental	66 participantes em reabilitação, disfágicos, após primeiro AVC; Grupo de intervenção: cuidados de higiene oral <i>standard</i> (escovagem duas vezes por dia, de manhã e à noite) acrescido de cuidados de higiene oral por 10 a 15 minutos, 30 minutos antes do treino de deglutição, três vezes por semana, consistindo de escovagem de acordo com a técnica de Bass terminando com revestimento dos dentes com uma pasta fluoretada, durante três semanas; Grupo controlo: cuidados de higiene oral <i>standard</i>, durante três semanas.	Saúde oral avaliada com a <i>Oral Health Assessment Tool</i>	Melhoria significativa da saúde oral no grupo de intervenção $\chi^2=29,02$, $p<0,001$
Chipps et al. (2014)	Experimental	51 participantes em reabilitação, disfágicos, com diagnóstico de AVC há menos de 30 dias; Grupo de intervenção: escovagem dos dentes e língua com escova e pasta de dentes, uso de fio dentário e enxaguamento com solução à base de compostos fenólicos, duas vezes por dia, durante dez dias;	Saúde oral avaliada com a <i>Revised-THROAT oral assessment tool</i> e colonização nasal e	Todos os participantes melhoraram a sua saúde oral, sem diferenças significativas entre grupos. Embora não estatisticamente significativa, a prevalência de colonização por <i>Staphylococcus aureus</i> resistente à metilina e colonização por <i>Staphylococcus aureus</i> sensível à metilina no grupo controlo quase duplicou

		Grupo de controlo: cuidados de higiene oral <i>standard</i> (não especificados), durante dez dias.	da orofaringe avaliada por cultura	(de 4,8% para 9,5%), enquanto no grupo de intervenção diminuiu (de 20,8% para 16,7%).
Dai et al., (2017a)	Experimental	74 participantes em reabilitação, com diagnóstico de AVC moderado a severo (Índice de Barthel < 70), avaliados aos três meses e 57 avaliados aos seis meses; Grupo de intervenção: instruções para higiene oral com escova de dentes elétrica, pasta de dentes comercial e clorhexidina a 0,2% solução oral para enxaguamento, durante três meses e reavaliados três meses após final do estudo; Grupo de controlo: instruções para higiene oral com escova de dentes manual e pasta de dentes comercial, durante três meses e reavaliados três meses após final do estudo.	Estado da higiene oral, avaliado pela <i>Silness and Loe Plaque Index</i> , e sangramento gengival, avaliado pela <i>Gingival Bleeding Index</i>	Redução significativa na percentagem de locais com placa bacteriana moderada a abundante ($p < 0,001$) e com sangramento gengival ($p < 0,05$). No grupo de intervenção, verificou-se, de forma significativa, menos placa e sangramento gengival do que no grupo de controlo, controlando outros fatores no final do período do estudo (ambos $p < 0,001$) e no período de observação (placa: $p < 0,05$, sangramento gengival: $p < 0,01$).
Dai et al., (2017b)	Experimental	74 participantes em reabilitação, com diagnóstico de AVC moderado a severo (Índice de Barthel < 70), avaliados aos três meses e 57 avaliados aos seis meses; Grupo de intervenção: instruções para higiene oral com escova de dentes elétrica, pasta de dentes comercial e clorhexidina a 0,2% solução oral para enxaguamento, durante três meses e reavaliados três meses após final do estudo; Grupo de controlo: instruções para higiene oral com escova de dentes manual e pasta de dentes comercial, durante três meses e reavaliados três meses após final do estudo.	Qualidade de vida relacionada com a saúde e a saúde oral avaliadas com SF-12, <i>Oral Health Impact Profile-14</i> , <i>General Oral Health Assessment Index</i> e <i>Oral Health Transitional Scale</i>	Melhoria significativa no grupo de intervenção da qualidade de vida relacionada com a saúde oral ($p < 0,01$) do que os participantes do grupo de controlo e melhoria significativa da qualidade de vida relacionada com a saúde ($p < 0,05$) no grupo de intervenção.
Dai et al., (2019)	Experimental	74 participantes em reabilitação, com diagnóstico de AVC moderado a severo (Índice de Barthel < 70), avaliados aos três meses e 57 avaliados aos seis meses; Grupo de intervenção: instruções para higiene oral com escova de dentes elétrica, pasta de dentes comercial e clorhexidina a 0,2% solução oral para enxaguamento, durante três meses e reavaliados três meses após final do estudo;	Agentes patogénicos oportunistas na cavidade oral identificados através de cultura	Sem diferenças significativas na prevalência de agentes patogénicos oportunistas ao longo do estudo. Redução significativa na contagem de <i>Staphylococcus aureus</i> viáveis ($p < 0,05$) no final do estudo no grupo de intervenção. Sem diferenças estatisticamente significativas entre grupos na contagem e viabilidade de leveduras e bacilos gram negativos anaeróbios.

		Grupo de controlo: instruções para higiene oral com escova de dentes manual e pasta de dentes comercial, durante três meses e reavaliados três meses após final do estudo.		
Lam et al., (2013a)	Experimental	102 participantes em reabilitação, com diagnóstico de AVC moderado a severo (Índice de Barthel < 70); Grupo I: instruções para realização da higiene oral; Grupo II: instruções para realização da higiene oral e uso de clorhexidina a 0,2%, solução oral, para enxaguamento duas vezes por dia durante três semanas; Grupo III: instruções para realização da higiene oral; uso de clorhexidina a 0,2%, solução oral, para enxaguamento duas vezes por dia durante três semanas e assistência na higiene oral por profissional de saúde duas vezes por semana durante três semanas.	Estado funcional oral avaliado com questões sobre a capacidade para escovagem dos dentes e colocação de próteses, placa dentária pela <i>Silness and Loe Plaque Index</i> , e sangramento gengival pela <i>Ainamo and Bay Gingival Bleeding Index</i>	Má higiene oral e negligência nas práticas de higiene oral foram observadas no início do estudo. Redução significativa na placa bacteriana nos 2 grupos que receberam clorexidina em comparação com o grupo I ($p < 0,001$) e redução na pontuação de sangramento gengival 3 a 4 vezes maior nos grupos que receberam clorexidina.
Lam et al., (2013b)	Experimental	102 participantes em reabilitação, com diagnóstico de AVC moderado a severo (Índice de Barthel < 70); Grupo I: instruções para realização da higiene oral; Grupo II: instruções para realização da higiene oral e uso de clorhexidina a 0,2%, solução oral, para enxaguamento duas vezes por dia durante três semanas; Grupo III: instruções para realização da higiene oral; uso de clorhexidina a 0,2%, solução oral, para enxaguamento duas vezes por dia durante três semanas e assistência na higiene oral por profissional de saúde duas vezes por semana durante três semanas.	Agentes patogénicos oportunistas na cavidade oral identificados através de cultura	Sem diferenças significativas entre grupos na contagem de agentes patogénicos oportunistas na cavidade oral.

Lam et al., (2014)	Experimental	102 participantes em reabilitação, com diagnóstico de AVC moderado a severo (Índice de Barthel < 70); Grupo I: instruções para realização da higiene oral Grupo II: instruções para realização da higiene oral e uso de clorhexidina a 0,2%, solução oral, para enxaguamento duas vezes por dia durante três semanas; Grupo III: instruções para realização da higiene oral; uso de clorhexidina a 0,2%, solução oral, para enxaguamento duas vezes por dia durante três semanas e assistência na higiene oral por profissional de saúde duas vezes por semana durante três semanas.	Qualidade de vida relacionada com a saúde oral avaliada com <i>Oral Health Impact Profile-14</i> e <i>Oral Health Transition Scale</i>	Melhoria significativa ($p<0,05$) em relação à qualidade de vida relacionada com a saúde oral em todos os grupos ao longo do estudo, sem diferenças estatisticamente significativas entre grupos.
Murray & Scholten (2018)	Quase experimental de séries temporais de grupo único	89 participantes, com e sem disfagia, ($n=12$ e $n=77$ respetivamente) em reabilitação com AVC; Intervenção: protocolo de higiene oral com escovagem dos dentes ou próteses dentárias duas vezes por dia com pasta de dentes (a seguir ao pequeno almoço e ao deitar) e enxaguamento da cavidade oral a seguir ao almoço. Os cuidados antes consistiam de uma escovagem dos dentes uma vez por dia de manhã. Avaliação antes da implementação do protocolo e sete dias depois.	Saúde oral avaliada com a <i>Oral Health Assessment Tool</i>	No início do estudo era estatisticamente significativa a diferença na pontuação da saúde oral, com piores resultados para os participantes disfágicos ($p<0,27$) e que se manteve no final do estudo ($p<0,23$). No final do estudo, os participantes com disfagia apresentaram melhoria estatisticamente significativa na pontuação da saúde oral ($p<0,24$). Não se verificou diferença nos não disfágicos.
Seedat & Penn (2016)	Quase experimental com grupo de comparação por análise documental retrospectiva	32 participantes com AVC e 14 com traumatismo cranioencefálico, disfágicos, em reabilitação, distribuídos equitativamente por grupo de intervenção e grupo de comparação; Intervenção: escovagem dos dentes com pasta dos dentes antes e após o pequeno almoço e após o almoço, lanche e jantar, seguido de enxaguamento da cavidade oral com uma solução oral (não especificada).	Pneumonia aspirativa	Dos participantes, sete apresentaram pneumonia aspirativa, todos eles do grupo de comparação.

Sørensen, et al. (2013)	Quase experimental com grupo de controlo interno por análise documental retrospectiva e grupo de controlo externo (instituição vizinha)	146 participantes com disfagia moderada a severa, com diagnóstico de AVC em fase aguda; Grupo de intervenção: escovagem dos dentes (frequência não identificada), proteção e hidratação oral e enxaguamento com solução oral de clorhexidina a 0,12%, que no caso de doentes com disfagia severa foi realizada duas vezes por dia; uso de saliva sintética em doentes não alimentados oralmente; Grupo de controlo interno: cuidados de higiene oral assistemáticos e arbitrários; Grupo de controlo externo: cuidados de higiene oral assistemáticos e arbitrários.	Pneumonia verificada por Rx	A incidência de pneumonia verificada por Rx foi de 4 de 58 (7%) no grupo de intervenção, em comparação com 16 de 58 (28%) no grupo de controlo interno ($p<0,01$) e com 8 de 30 (27%) no grupo de controlo externo ($p<0,05$).
Wagner, et al. (2016)	Quase experimental de séries temporais de grupo único	1656 participantes com diagnóstico de AVC em fase aguda ($n=949$ no grupo de intervenção); Intervenção: protocolo de higiene oral com uso de um <i>kit</i> constituído por soluções orais contendo cloreto de cetilpiridínio a 0,05% e peróxido de hidrogénio a 1,5%, uma escova de dentes de sucção, esponja e sonda de sucção orofaríngea.	Pneumonia adquirida no hospital	A incidência não ajustada de pneumonia adquirida no hospital foi menor no grupo de intervenção em comparação com o controlo (14 vs.10,33%; $p=0,022$) com uma razão de probabilidade não ajustada de 0,68 (IC 95% 0,48-0,95; $p=0,022$). Após o ajuste para os fatores de confusão, a razão de probabilidade da pneumonia adquirida no hospital no grupo de intervenção continuou a ser significativamente menor em 0,71 (IC 95% 0,51-0,98; $p=0,041$).

Tabela 32 - Questão clínica 4

Questão clínica 4: o rastreio sistemático do risco nutricional comparado com cuidados <i>standard</i> em pessoas com disfagia após AVC diminui a mortalidade e a morbidade ou melhora os resultados em saúde em pessoas com AVC?			
Nível de concordância			%
Todas as pessoas com AVC devem ser rastreadas para o risco de desnutrição até às 48 horas de internamento (idealmente nas primeiras 24 horas), com recurso ao <i>Nutritional Risk Screening 2002</i> (NRS 2002). A sua aplicação pode ser realizada pelo enfermeiro, médico ou nutricionista. Todas as pessoas em risco devem ser referenciadas para o nutricionista. A avaliação e intervenção do nutricionista deve ser realizada num período máximo de 24 horas.			100%
Nível de recomendação	I	Nível de evidência	C-EO
Pessoas com deglutição comprometida desnutridas ou em risco de desnutrição deverão receber terapêutica nutricional suplementar através de um plano nutricional individualizado desenvolvido e monitorizado por um nutricionista, em articulação com a equipa multidisciplinar responsável pelo internamento da pessoa.			100%
Nível de recomendação	I	Nível de evidência	C-EO

Existe evidência da associação entre a disfagia e o aumento da desidratação nos primeiros sete dias após o AVC (Crary et al., 2013), assim como com um aumento da desnutrição (Chen et al., 2017; Crary et al., 2013). Estas complicações resultam num aumento do tempo de internamento, maior probabilidade de institucionalização após a alta, aumento da mortalidade e piores resultados funcionais (Al-Khaled et al., 2016; Attrill et al., 2018; Rofes, et al., 2018). Para além disso, o défice nutricional está também associado a pior qualidade de vida em pessoas com AVC (Espuela et al., 2017). É neste contexto que diferentes diretrizes internacionais recomendam a avaliação de risco nutricional a todas as pessoas após AVC, no entanto com distintas recomendações. A Sociedade Alemã de Nutrição Clínica recomenda o rastreio nutricional nos primeiros dias, com o instrumento NRS 2002 (Wirth et al., 2013). As diretrizes canadianas apontam como limite temporal para a realização do rastreio nutricional e de hidratação o mais cedo possível após a admissão (preferencialmente no dia de admissão) para doentes em fase aguda e até às 48 horas

para doentes em fase de reabilitação, recomendando a utilização de um instrumento validado, sem referência a um instrumento específico (Boulanger et al., 2018; Herbert et al., 2016), sendo estas recomendações sobreponíveis para doentes em fase aguda às feitas pela fundação australiana para o AVC (Stroke Foundation, 2019). A *European Society for Clinical Nutrition and Metabolism* (ESPEN) recomenda a realização do rastreio nutricional nas primeiras 48 horas após a admissão, recomendando a utilização do *Malnutrition Universal Screening Tool* (MUST), tal como as diretrizes inglesas que recomendam a utilização deste instrumento no momento de admissão (Burgos et al., 2018; National Collaborating Centre for Chronic Conditions, 2019). As diretrizes inglesas remetem para as suas recomendações específicas sobre suporte nutricional em adultos publicadas em 2006 (National Collaborating Centre for Acute Care, 2006). A nível nacional, a Direção-Geral da Saúde, no seu documento de apoio à implementação da avaliação sistemática do risco nutricional a todos as pessoas internadas nos hospitais do Serviço Nacional de Saúde, recomenda a realização do rastreio de risco nutricional nas primeiras 48 horas de internamento (idealmente durante as primeiras 24 horas), utilizando o NRS 2002 (Direção-Geral da Saúde, 2019). Este rastreio pode ser realizado pelo enfermeiro, médico ou nutricionista, sendo que pessoas identificadas em risco devem ser encaminhadas para avaliação e intervenção nutricional num período inferior a 72 horas após a admissão (Direção-Geral da Saúde, 2019). As diretrizes nacionais recomendam uma reavaliação periódica semanal, indo ao encontro de outras recomendações internacionais (Herbert et al., 2016; National Collaborating Centre for Chronic Conditions, 2019; Stroke Foundation, 2019). Relativamente ao instrumento de rastreio nutricional a utilizar, as recomendações nacionais foram suportadas pelas recomendações emanadas pela ESPEN publicadas em 2003 para o rastreio nutricional (Kondrup et al., 2003) e em 2015 (Cederholm et al., 2015). Pese embora essa recomendação, esta mesma sociedade, nas suas diretrizes para a nutrição clínica em neurologia (Burgos et al., 2018), advoga o uso da MUST. A diferença na recomendação do instrumento poderá estar relacionada com o facto de as recomendações nacionais não serem especificamente destinadas a pessoas após AVC, sendo que a recomendação da ESPEN para a utilização do MUST em pessoas com AVC é suportada por um estudo publicado em 2016, realizado com o propósito de validar o uso do MUST nesta população e determinar a sua capacidade para predizer piores resultados incluindo mortalidade, tempo de internamento e custos de internamento (Gomes et al., 2016). Este estudo, que envolveu 543 participantes com AVC em fase aguda, conclui que o risco de malnutrição é um fator independente preditivo de morte, aumento do tempo de internamento e custos de internamento aos seis meses após AVC (Gomes et al., 2016).

Ao nível do plano nutricional, para pessoas em risco nutricional, as diretrizes nacionais recomendam a instituição de suporte nutricional individualizado, baseando esta recomendação num estudo experimental multicêntrico, envolvendo 2088 participantes não cirúrgicos com múltiplas condições clínicas e publicado recentemente, que conclui que o suporte nutricional individualizado melhora os resultados clínicos, incluindo sobrevivência e qualidade de vida (Schuetz et al., 2019), sendo que não foi identificado no estudo análise de subgrupos de pessoas com AVC. Este estudo suporta a realização de rastreio sistemático nutricional a quando da admissão hospitalar, à semelhança do estudo desenvolvido por Gomes et al. (2016), para as pessoas após AVC. Relativamente ao suporte nutricional, as recomendações australianas, da AHA/ASA, da Sociedade Alemã de Nutrição Clínica e da ESPEN recomendam igualmente a terapêutica nutricional suplementar nas pessoas identificadas em risco nutricional, inserida num plano nutricional individualizado (Burgos et al., 2018; Powers et al., 2018; Stroke Foundation, 2019; Winstein et al., 2016; Wirth et al., 2013).

O nível de recomendação das diretrizes internacionais é forte, considerando que o benefício da intervenção supera grandemente o risco, estando suportado fundamentalmente no consenso de peritos. De facto, a maior parte destas organizações (Burgos et al., 2018; National Collaborating Centre for Chronic Conditions, 2019; Powers et al., 2018; Winstein et al., 2016) suportam as suas recomendações no FOOD Trial (Dennis et al., 2006), desenvolvido em 131 hospital de 18 países, com uma amostra de 5033 participantes disfágicos e que incluiu três estudos diferentes, tendo um deles como objetivo o de determinar se a suplementação nutricional oral por rotina *versus* dieta hospitalar normal melhora os resultados após AVC. Os resultados evidenciam uma associação entre a terapêutica nutricional suplementar com uma redução absoluta do risco de morte e um aumento do risco de morte e piores resultados, não suportando por isso a suplementação nutricional em pessoas bem nutridas na admissão. Uma revisão sistemática identificada na *Cochrane Library*, realizada com o objetivo de identificar a efetividade de intervenções de suplementação nutricional e de líquidos em pessoas após AVC em fase aguda e sub-aguda (até aos seis meses após instalação de sintomas) e que inclui o FOOD Trial, conclui que não existe evidência de vantagens na suplementação no que concerne a incidência de morte ou dependência, mas que, por outro lado, está associada a uma redução de úlceras por pressão e maior ingestão calórica e proteica (Geeganage et al., 2012). Uma outra revisão também da *Cochrane Collaboration*, desenvolvida para determinar os benefícios e prejuízos do suporte nutricional em adultos hospitalizados, na análise do subgrupo de participantes com AVC, conclui que o suporte

nutricional não reduziu os eventos adversos nem mostrou qualquer efeito na redução da mortalidade (Feinberg et al., 2017).

A primeira versão das recomendações sobre o rastreio nutricional sistemático propunha como instrumento de rastreio o MUST, tendo por base as recomendações da ESPEN, proposta que dois dos peritos rejeitaram e outros dois concordaram parcialmente, referindo as recomendações nacionais emitidas pela Direção-Geral da Saúde (Direção-Geral da Saúde, 2019). A recomendação foi então revista, passando a incluir as recomendações nacionais, e numa segunda ronda mereceu concordância total de todos os peritos.

Dado o nível de evidência existente, o consenso total dos peritos e a existência de recomendações nacionais específicas, estas recomendações são classificadas com um nível de recomendação forte e baseadas no consenso dos peritos.

Tabela 33 - Questão clínica 5

Questão clínica 5: a alimentação por SNG, em pessoas com disfagia grave, comparada com outras estratégias de alimentação entérica diminui a mortalidade e a morbilidade ou melhora os resultados em saúde em pessoas com AVC?			
Nível de concordância			%
É recomendável que a alimentação entérica seja iniciada logo que clinicamente possível, após o AVC, nas pessoas com disfagia severa.			91
Nível de recomendação	I	Nível de evidência	B-R
A SNG deve ser usada por curtos períodos de tempo (até um mês) para suporte nutricional em pessoas que não deglutam de forma segura.			85
Nível de recomendação	Ila	Nível de evidência	C-EO
Sendo expectável a necessidade de alimentação entérica por um período superior a um mês, será benéfica a realização de gastrostomia endoscópica percutânea para introdução de sonda para alimentação.			85
Nível de recomendação	Ila	Nível de evidência	C-EO
A presença de SNG não é contraindicação à intervenção terapêutica pelo que esta deve ser iniciada o mais precocemente possível.			91
Nível de recomendação	I	Nível de evidência	C-EO

A desnutrição em pessoas com AVC pode ter um impacto severo na medida em que potencia piores resultados funcionais e pior qualidade de vida (Espuela et al., 2017; Lieber et al., 2018; Shen et al., 2011), comprometendo o processo de reabilitação. O risco de malnutrição é igualmente preditor independente de mortalidade, maior tempo de internamento e custos de hospitalização (Gomes et al., 2016), estando a disfagia associada a um maior risco de malnutrição em pessoas com AVC (Chen et al., 2017). A alimentação entérica é, nas situações de disfagia grave, a estratégia encontrada para assegurar o aporte nutricional e hidratação necessários, assim como permitir a administração de medicação (Ojo & Brooke, 2016). No entanto, a sua utilização não está isenta de riscos, estando-lhe associadas complicações mecânicas, tal como traumatismo nasal, deslocamento, mau posicionamento e obstrução (Nascimento et al., 2018), complicações gastrointestinais, como dor abdominal, diarreia, hemorragia digestiva e refluxo esofágico (Rowat, 2015) e complicações metabólicas, como a hiperglicemia (López-Gómez et al., 2019), traduzindo-se em pior qualidade de vida para os seus utilizadores (Ojo et al., 2019). Diferentes diretrizes internacionais recomendam o mais cedo possível a nutrição entérica por SNG em pessoas que, após o AVC, não deglutam de forma segura, variando as recomendações entre as primeiras 24 horas (National Collaborating Centre for Chronic Conditions, 2019), os primeiros três dias (Boulanger et al., 2018; Burgos et al., 2018; Herbert et al., 2016) ou os primeiros sete dias (Powers et al., 2018; Winstein et al., 2016; Wirth et al., 2013). As recomendações australianas apenas indicam, com um nível de recomendação fraco, que a alimentação entérica por SNG é o método preferencial a curto prazo para a alimentação nestas pessoas (Stroke Foundation, 2019). A colocação precoce da SNG para alimentação é justificada pelo maior risco nutricional a que estas pessoas estão sujeitas, permitindo assim assegurar nutrição e hidratação adequadas (Burgos et al., 2018). Wirth et al. (2013) advertem ainda que estes doentes têm maior risco de aspiração e pneumonia aspirativa e que estas não são evitadas com a colocação da SNG, pelo que o risco de aspiração, *per se*, não é motivo para a sua colocação. Afirmam ainda que a taxa de pneumonia aspirativa não aumenta no decurso da alimentação entérica por SNG. Ilustram esta advertência dando como exemplo que mesmo pessoas não alimentadas oralmente continuam a ter de deglutir mais de 500 ml de saliva por dia, continuando assim expostos ao risco de aspiração, reforçando assim o carácter multifatorial da pneumonia aspirativa. De referir que uma recente revisão sistemática da literatura conclui que a evidência relativamente ao aumento de risco de pneumonia associada à colocação de SNG é contraditória (Eltringham et al., 2019). De facto, o resultado de um estudo com 147 participantes disfágicos sugere que não existem diferenças significativas no risco de aspiração em pessoas alimentadas por SNG antes e depois da sua remoção,

independentemente da função deglutória, estado de consciência e capacidade funcional (Kim et al., 2018).

De salientar ainda que nas diretrizes clínicas específicas da área da nutrição são igualmente feitas recomendações relativas aos procedimentos de verificação do correto posicionamento da SNG e de fixação, considerando os riscos de deslocamento e o problema de remoção acidental (Brazier et al., 2017; Burgos et al., 2018; Geeganage et al., 2012; Wirth et al., 2013). Acrescentam ainda que estas questões têm um impacto significativo no fornecimento de nutrientes, sendo estes problemas comuns na prática clínica. Recomendam assim a utilização de sondas de pequeno calibre (oito CH) para minimizar o risco de ulceração e a verificação da correta colocação da SNG através de Rx ou aspiração do conteúdo gástrico para medição do pH (Burgos et al., 2018; Wirth et al., 2013). Relativamente à técnica de fixação da SNG é recomendada a utilização de fixação por freio nasal (Burgos et al., 2018; Wirth et al., 2013), não havendo, no entanto, evidência que suporte esta recomendação (Mahoney & Veitch, 2018).

Sendo expectável que a pessoa não consiga reiniciar a alimentação por via oral por um período superior a duas a quatro semanas, é recomendada a colocação de sonda para alimentação por gastrostomia endoscópica percutânea (Burgos et al., 2018; Powers et al., 2018; Winstein et al., 2016; Wirth et al., 2013).

Estas recomendações estão suportadas essencialmente em dois dos estudos do FOOD Trial (Dennis et al., 2006) que tiveram como objetivo determinar a) se a alimentação entérica precoce melhora os resultados após o AVC e; b) se a alimentação por gastrostomia obtém melhores resultados que a alimentação por SNG. Estão também suportadas numa revisão sistemática produzida pela *Cochrane Collaboration* (Geeganage et al., 2012) e que inclui o FOOD Trial, tal como já referido anteriormente. No FOOD Trial os resultados indicam que a) a alimentação entérica precoce foi associada a uma redução do risco de morte e; b) a comparação entre a alimentação entérica por gastrostomia e SNG revelou que a alimentação por gastrostomia aumenta o risco de morte e piores resultados (Dennis et al., 2006). Geeganage et al. (2012) concluem que a evidência encontrada sugere, na comparação entre a alimentação entérica por SNG vs. por gastrostomia, que esta última está associada a menos falhas no tratamento, menor incidência de hemorragia digestiva, maior eficácia no fornecimento de alimentos e maior concentração de albumina. Numa revisão sistemática publicada posteriormente, também da *Cochrane Collaboration* (Gomes et al., 2015) que teve como objetivo o de avaliar a efetividade e segurança da alimentação entérica por gastrostomia vs. SNG em estudos realizados em adultos com perturbações da deglutição (incluindo participantes com AVC), conclui que a alimentação entérica por gastrostomia apresenta menos falhas no procedimento de inserção. No

entanto, não foram encontradas diferenças significativas na taxa de mortalidade e eventos adversos, incluindo a pneumonia aspirativa. Não são apresentados nesta revisão resultados de subgrupos. Na decisão para a colocação de sonda para alimentação entérica por gastrostomia, Burgos et al. (2018) e Wirth et al. (2013) alertam que em pessoas com AVC com prognóstico desfavorável devem ser especialmente atendidas as questões éticas e manifestação antecipada de vontade sendo que, na dúvida, a alimentação entérica por SNG deva ser considerada como o mais apropriado, dada a reversibilidade do procedimento.

Procurando atualizar a evidência encontrada, não foram identificados estudos experimentais, foi, no entanto, identificado um estudo observacional (Joundi, Saposnik, et al., 2018) que comparou, no momento da alta e durante dois anos a funcionalidade, institucionalização, complicações e mortalidade de pessoas com AVC disfágicas com alimentação entérica por SNG vs alimentação entérica por sonda de gastrostomia/jejunostomia (entubação entérica direta). Este foi um estudo retrospectivo da documentação clínica que após a análise por correspondência entre grupos, comparou 1421 doentes alimentados por SNG com 1421 doentes alimentados por gastrostomia ou jejunostomia. Os resultados apontam no sentido de menor risco de morte nos primeiros 30 dias nos doentes com entubação entérica direta, diferença esta eliminada após o emparelhamento com a duração do tempo de internamento e grau de incapacidade com o grupo alimentado por SNG, sendo maior aos dois anos. O estudo conclui que doentes com entubação entérica direta apresentam maior grau de incapacidade à alta, maior probabilidade de institucionalização, maior incidência de complicações, maior risco de pneumonia aspirativa aos dois anos, pneumonia por todas as causas, *sepsis* e hemorragia gastrointestinal. Estes achados, apesar de cada um dos grupos incluir um alargado número de participantes, devem ser interpretados com cautela dadas as suas limitações, nomeadamente as relativas ao desenho do estudo (estudo retrospectivo documental) e outros aspetos relativos aos resultados como por exemplo a inclusão de doentes com jejunostomia (cerca de um quinto dos participantes do grupo com alimentação entérica direta) e a maior incapacidade à alta destes doentes. Esta é uma área que necessita de mais investigação, reconhecendo-se os desafios éticos e logísticos que estudos com populações vulneráveis representam, o que se traduz na dificuldade de realizar ensaios clínicos verdadeiramente aleatorizados (Cohen et al., 2016; Joundi, Saposnik, et al., 2018). A possibilidade de prever a duração da disfagia é determinante para o processo de tomada de decisão relativamente à via para a alimentação e tem sido neste sentido que nova pesquisa tem vindo a ser desenvolvida. Com o objetivo de desenvolver e validar um modelo preditivo da recuperação da função deglutória e necessidade de alimentação entérica, foi

realizado um estudo que recrutou um total de 279 pessoas com disfagia pós-AVC do qual resultou a *Predictive Swallowing Score*, disponível em aplicação para *smartphone* (Galovic et al., 2019). É finalidade dos investigadores a disponibilização de uma ferramenta que fielmente preveja a capacidade de recuperação da função deglutória e assim oriente o processo de tomada de decisão na escolha de colocação de SNG ou realização de gastrostomia para alimentação.

Ainda no contexto da utilização da SNG para nutrição entérica, outro dos aspetos abordados nas diretrizes clínicas específicas da área da nutrição é a recomendação do início o mais precocemente possível da intervenção terapêutica para a disfagia, considerando que a presença de SNG não agrava a disfagia (Burgos et al., 2018) e não interfere com o treino da deglutição (Wirth, et al., 2013), não sendo por isso obstáculo à reabilitação. Esta recomendação é suportada em dois estudos realizados em pessoas com disfagia após AVC. Num deles não foi observada interferência da presença da SNG no tempo de trânsito deglutório ($n=22$), antes e após remoção da SNG (Wang et al., 2006). No outro, dois grupos de doentes disfágicos com ou sem SNG e diferentes condições clínicas ($n=1260$), incluindo AVC, referenciados para avaliação instrumental da função deglutória, foram comparados no que concerne a aspiração de líquidos e alimentos consistência puré, não se verificando diferenças estatisticamente significativas entre eles (Leder & Suiter, 2008). Na pesquisa adicional realizada não foi identificada qualquer revisão de literatura sobre o tema. Foram identificados quatro estudos desenvolvidos com pessoas com AVC, um deles já referenciado anteriormente e que em certa medida corrobora os achados do Leder & Suiter (2008), evidenciando que não existem diferenças significativas no risco de aspiração em pessoas alimentadas por SNG antes e depois da sua remoção (Kim et al., 2018). Um estudo desenvolvido por Dziewas et al. (2008) envolvendo 25 participantes sugere que a presença de SNG não agrava a disfagia relacionada com o AVC, sendo que um outro estudo desenvolvido por Wang et al. (2019), com o recrutamento de 30 participantes, conclui que a permanência por longos períodos (> dois meses) tem impacto negativo na função deglutória, especialmente na fase faríngea. O quarto estudo identificado teve como objetivo identificar a influência da SNG na deglutição da saliva em 20 participantes, comparando-os a um grupo de 25 pessoas com AVC sem SNG e 25 adultos saudáveis, tendo concluído que a presença de SNG interfere com o movimento do osso hioide durante a deglutição, mas que esse movimento é restabelecido após a remoção da sonda (Kwak et al., 2018). A heterogeneidade dos estudos encontrados, quer nos seus objetivos, quer nos seus métodos, impedem a comparabilidade.

A auscultação aos peritos revelou níveis elevados de concordância tendo sido, no entanto, necessário reformular duas das recomendações: a primeira relativamente ao tempo para o início da alimentação entérica, sendo que as 72 horas foram consideradas um período excessivamente longo por cinco dos peritos, tendo ficado consensualizado que deverá iniciar-se logo que clinicamente possível; e a segunda, relativamente ao início da intervenção terapêutica, em que cinco dos peritos não concordaram com a redação inicial que referia que a presença de SNG não agrava a disfagia, concordando, no entanto, que a intervenção terapêutica deva ser iniciada o mais precocemente possível. Por esse motivo a recomendação foi revista no sentido de incorporar as sugestões dos peritos.

As recomendações foram classificadas de moderada a forte, atendendo ao nível de evidência disponível e o nível de consenso entre peritos.

Tabela 34 - Questão clínica 6

Questão clínica 6: quais as intervenções terapêuticas com resultados mais significativos na recuperação da função deglutória e na segurança da via aérea?			
Nível de concordância			%
A intervenção comportamental, onde se incluem as estratégias compensatórias (modificação das consistências alimentares e viscosidade de líquidos, técnicas posturais e técnicas deglutórias) e de reabilitação (exercícios de fortalecimento muscular, resistência ou treino de habilidades), deve ser considerada como componente do tratamento da pessoa com disfagia.			92
Nível de recomendação	I	Nível de evidência	C-EO
Antes de iniciar a intervenção comportamental para tratamento da disfagia, é recomendável que todas as pessoas sejam submetidas a avaliação clínica da deglutição (preferencialmente instrumental). Durante o tratamento devem ser periodicamente reavaliadas, em função da evolução clínica.			91
Nível de recomendação	I	Nível de evidência	C-EO
A realização sistemática de diferentes exercícios e manobras, previstos num plano terapêutico individualizado e ajustado à condição clínica, é recomendada em pessoas com disfagia.			91
Nível de recomendação	I	Nível de evidência	C-EO

É razoável a incorporação dos princípios da plasticidade neuronal nas estratégias/intervenção terapêutica da pessoa com disfagia.			85
Nível de recomendação	Ila	Nível de evidência	C-EO
A acupuntura pode ser considerada como tratamento adjuvante para a disfagia, ficando salvaguardada a sua realização por profissionais devidamente qualificados e especialmente treinado para estas técnicas.			82
Nível de recomendação	Ilb	Nível de evidência	C-LD
É incerto o benefício do tratamento farmacológico, da estimulação elétrica faríngea, da estimulação elétrica transcraniana e da estimulação magnética transcraniana, pelo que o seu uso não é recomendado.			91
Nível de recomendação	III	Nível de evidência	C-LD
É incerto o benefício da estimulação elétrica neuromuscular. Desde que não haja contraindicação clínica, e apesar de não existir evidência que explicita o seu uso, poderá ser razoável considerar esta estratégia como opção terapêutica adjuvante, sob avaliação e monitorização clínica rigorosas.			91
Nível de recomendação	Ilb	Nível de evidência	C-LD

A definição de recomendações para a abordagem terapêutica na pessoa com disfagia após AVC é, muito provavelmente, um dos maiores desafios neste contexto. É vasto o leque de intervenções disponíveis e sobre as quais já existe síntese de evidência publicada (Bath et al., 2018; Chiang et al., 2019; Tian et al., 2019). Nestas intervenções incluem-se as intervenções comportamentais que, segundo Bath et al. (2018) compreendem estratégias compensatórias (técnicas posturais e deglutorias e modificações alimentares) e de reabilitação (exercícios de fortalecimento, resistência e treino de habilidades). Para além destas intervenções, existem outras estratégias de reabilitação como as técnicas não invasivas de neuroestimulação, onde se incluem a estimulação magnética transcraniana repetitiva (EMTR), a estimulação transcraniana por corrente contínua (ETCC), a estimulação elétrica neuromuscular (EEN) e a estimulação elétrica faríngea (EEF) (Chiang et al., 2019); a estimulação física (tátil, térmica e azeda); as estratégias farmacológicas (Bath et al., 2018) e; a acupuntura (Tian et al., 2019). A distinção entre as diferentes

estratégias compensatórias e de reabilitação torna-se particularmente relevante na medida em que cada uma delas tem objetivos específicos que não se excluem entre si: as estratégias compensatórias visam assegurar a hidratação e nutrição adequadas e de forma segura, prevenindo complicações; e as estratégias de reabilitação têm como principal objetivo a recuperação da função (Wirth et al., 2016). A maior parte destas estratégias tem como pressuposto da intervenção o de acelerar o processo de plasticidade neuronal nas fases agudas e subagudas do AVC, no entanto, o processo pelo qual isto acontece não é completamente compreendido (Bath et al., 2018).

A análise às diretrizes clínicas internacionais traduz a dificuldade de síntese da evidência nesta matéria, verificando-se inclusivamente recomendações contraditórias sobre uma mesma estratégia terapêutica. A título de exemplo, as diretrizes clínicas da AHA/ASA recomendam a não utilização da EEN por serem incertos os seus benefícios, suportando esta recomendação na revisão sistemática produzida pela *Cochrane Collaboration* de Geeganage et al. (2012). Por outro lado, as recomendações da ESPEN são no sentido de recomendar o seu uso, isolado ou, preferencialmente com intervenção comportamental, neste tipo de pessoas (Burgos et al., 2018). Será importante referir que neste contexto, para além destas duas diretrizes, apenas nas diretrizes clínicas australianas existem recomendações sobre a EEN recomendando o seu uso apenas por clínicos experientes nesta intervenção, aplicada de acordo com parâmetros estabelecidos em contexto de investigação e com um nível de recomendação fraco (Stroke Foundation, 2019). Quer as recomendações da ESPEN (Burgos, et al., 2018), quer as recomendações da Stroke Foundation (2019) suportam a recomendação numa revisão sistemática publicada em 2016 (Chen et al., 2016) que sugere que, apesar do limitado número de estudos disponíveis, a EEN parece ser mais efetiva a curto prazo na disfagia pós-AVC. No entanto, refere igualmente, que a evidência existente não permite determinar que a EEN isolada é superior à terapia deglutória.

As aparentes contradições identificadas nas diferentes diretrizes clínicas resultam de um conjunto de fatores que têm evidenciado os constrangimentos da investigação nesta área: a falta de uniformização na avaliação da disfagia e a diversidade de instrumentos de medida existentes (quer avaliação clínica, quer instrumental); a falta de uniformização na medição dos resultados das intervenções; a variabilidade de tratamentos disponíveis e combinações possíveis, não havendo identificadas intervenções *standardizadas*; a baixa qualidade metodológica e elevado risco de viés da maior parte dos estudos publicados; e a elevada probabilidade de reversibilidade da condição clínica (uma percentagem significativa de pessoas recuperam espontaneamente a capacidade de deglutir) o que leva a que os resultados positivos dos estudos possam ser devidos ao acaso (Bath et al., 2018;

Chiang et al., 2019; Coleman et al., 2017; Tian et al., 2019). Daqui resulta dificuldade na comparabilidade de resultados e sua análise, impedindo estimar o verdadeiro efeito/eficácia das intervenções, sendo estas as limitações predominantemente referidas nas revisões sistemáticas sobre intervenções terapêuticas para o tratamento da disfagia na pessoa com AVC.

Não obstante, identificam-se recomendações comuns a algumas diretrizes clínicas. Na pessoa com disfagia é fortemente recomendada a definição de um plano terapêutico individualizado, com utilização precoce da intervenção comportamental, que deve incluir estratégias de reabilitação e compensatórias como exercícios deglutórios, modificações ambientais/posturais, educação sobre deglutição segura e modificação das consistências alimentares (Burgos et al., 2018; Herbert et al., 2016; National Clinical Guideline Centre, 2013; Stroke Foundation, 2019; Winstein et al., 2016). Burgos et al. (2018) especificam algumas destas intervenções, recomendando a utilização da manobra de Shaker nas situações de disfunção do esfíncter esofágico superior, por existir evidência de que este exercício tem efeitos a longo prazo no fortalecimento dos músculos suprahioides; a utilização da manobra de flexão da cabeça durante a alimentação em pessoas com escape posterior e aspiração pré-deglutória, assim como a realização de exercício de fortalecimento dos músculos expiratórios. A especificidade destas intervenções fundamenta a recomendação para a realização de avaliação instrumental a todas as pessoas antes da implementação da intervenção (Burgos et al., 2018; Winstein et al., 2016). Sendo a avaliação instrumental o teste de referência para a avaliação da deglutição, permitindo a visualização da fisiologia da deglutição, determinar a presença de penetração/aspiração e determinar as causas fisiopatológicas e estruturais da disfagia (Brady & Donzelli, 2013; Wirth et al., 2016), tal informação é indispensável para o desenho de um plano terapêutico apropriado e efetivo. O tempo para o início da intervenção após a instalação de sintomas não é indicado em nenhuma das diretrizes clínica. Apesar de escassa a investigação realizada com foco na reabilitação nas primeiras duas semanas após AVC (Coleman et al., 2017; Stinear et al., 2013), existe evidência que sugere que o início precoce da reabilitação, às 72 horas após a instalação de sintomas, tenha maior impacto na recuperação da função deglutória, bem como na redução da incidência de complicações respiratórias (Bakhtiyari et al., 2015). Este aspeto é particularmente importante na medida em que, e apesar de não ser totalmente claro qual o período de neuroplasticidade máxima, esta está particularmente aumentada logo após o AVC, durante a qual a resposta dinâmica do cérebro à lesão é intensificada e a reabilitação pode ser particularmente eficaz (Coleman et al., 2017). É neste contexto que é igualmente recomendada a incorporação dos princípios da neuroplasticidade na definição das

estratégias terapêuticas (Stroke Foundation, 2019; Winstein et al., 2016), tendo por base os princípios da neuroplasticidade (Kleim & Jones, 2008) e a sua translação para o tratamento da disfagia (Robbins et al., 2008). Estes são também os princípios que suportam a recomendação de que esta intervenção terapêutica deva ser sistemática e frequente e reavaliada periodicamente (Burgos et al., 2018; National Clinical Guideline Centre, 2013; Stroke Foundation, 2019). Herbert et al. (2016) e a Stroke Foundation (2019) salientam a importância de todos os profissionais, família e cuidadores receberem treino apropriado sobre alimentação e deglutição.

No que concerne as recomendações sobre as estratégias não invasivas de neuroestimulação, verifica-se que nenhuma delas é recomendada pela AHA/ASA por ser incerto o seu benefício (Winstein et al., 2016). E EEF não é recomendada pela Stroke Foundation (2019), não sendo igualmente recomendada a estimulação transcraniana fora do contexto de investigação. Relativamente à acupuntura existe uma recomendação fraca para o seu uso como tratamento adjuvante (Winstein et al., 2016) e uma recomendação para o seu uso apenas no contexto de investigação (Stroke Foundation, 2019). No que diz respeito ao tratamento farmacológico, a AHA/ASA não recomenda o seu uso (Winstein et al., 2016), enquanto a ESPEN recomenda a utilização de capsaicina e agentes dopaminérgicos, de modo individualizado e baseado numa rigorosa análise custo-benefício, em pessoas cuja principal característica da disfagia seja o atraso no reflexo de deglutição. Os autores salientam que o potencial desta abordagem terapêutica não se encontra totalmente explorado, reforçando a necessidade de estudos experimentais mais robustos e clinicamente relevantes.

A evidência que suporta estas recomendações provém essencialmente de revisões sistemáticas. A Stroke Foundation (2019) e a ASA/AHA suportam as suas recomendações para a intervenção comportamental da revisão sistemática da *Cochrane Collaboration* publicada em 2012, sendo esta revisão, no caso da AHA/ASA, a fundamentação para a não recomendação das restantes estratégias terapêuticas. Relativamente à acupuntura, a AHA/ASA fundamenta a sua recomendação tendo por base uma revisão sistemática também da *Cochrane Collaboration*, publicada em 2008 (Xie et al., 2008) e a Stroke Foundation numa metanálise publicada em 2012 (Long & Wu, 2012). A Stroke Foundation (2019) utiliza as conclusões da uma revisão sistemática e meta-análise sobre os efeitos da neuroestimulação transcraniana para não recomendar o seu uso fora de contexto de investigação (Pisegna et al., 2016) e um estudo experimental multicêntrico, com 162 participantes, que não conseguiu comprovar os efeitos benéficos desta estratégia terapêutica que antes haviam sido identificados em três pequenos estudos experimentais (Bath et al., 2016; Stroke Foundation, 2019). No caso da ESPEN, as suas recomendações

quanto à intervenção comportamental estão suportadas numa revisão sistemática publicada em 2010 que teve como objetivo identificar os efeitos da terapia orofaríngea, que conclui que na generalidade identificaram-se efeitos positivos da terapia orofaríngea (Wirth et al., 2013). Aponta, no entanto, como limitação a dificuldade de comparabilidade de resultados pela diversidade de intervenções, salientando problemas metodológicos em vários dos estudos incluídos nesta revisão.

De salientar que a revisão sistemática da *Cochrane Collaboration* publicada em 2012 (Geeganage et al., 2012) foi atualizada em 2018, mas que deixou de fora as questões relacionadas com os aspetos nutricionais (Bath et al., 2018). Nesta atualização procuraram-se os efeitos de diferentes estratégias terapêuticas em resultados primários (morte ou dependência e morte ou incapacidade no final do estudo) e resultados secundários (mortalidade no final do estudo, tempo de internamento, proporção de pessoas com disfagia no final do estudo, capacidade de deglutição, classificação da penetração/aspiração, infeção respiratória ou pneumonia, tempo de trânsito faríngeo, institucionalização e albuminémia). Os resultados apontam no sentido de que nenhuma das intervenções estudadas (intervenção comportamental, técnicas não invasivas de neuroestimulação, acupuntura e estratégias farmacológicas) teve impacto em qualquer um dos resultados primários. Acrescentam que a acupuntura, a intervenção comportamental e a EMTR poderão ter sido efetivas na redução de alguns dos resultados secundários, nomeadamente na redução da proporção de pessoas com disfagia no final do estudo (acupuntura e intervenção comportamental), melhoria da capacidade de deglutição (intervenção comportamental e EMTR) e redução de penetração/aspiração (intervenção comportamental). No entanto, o teste de diferenças entre subgrupos não evidenciou diferenças significativas, pelo que os resultados podem ser devidos ao acaso, dada a reversibilidade da condição clínica. Para além, disso referem que estes resultados são suportados em evidência de baixa qualidade. É extensa a lista de estudos excluídos desta revisão por analisarem duas ou mais intervenções ativas, sem controlo. Salientam também a moderada a substancial heterogeneidade entre os estudos das intervenções, grande variabilidade na medida dos resultados, na avaliação da deglutição e medidas videofluoroscópicas utilizadas, fazendo sugestões para a investigação a desenvolver nesta área. Alertam ainda para 86 estudos que aguardam a disponibilização de dados para avaliação, o que implica um enviesamento dos resultados.

Uma revisão sistemática e metanálise recente (Chiang et al., 2019) sobre a efetividade das técnicas não invasivas de neuroestimulação em pessoas com disfagia pós-AVC conclui que das quatro técnicas estudadas a evidência sugere benefícios na utilização da EMTR, ETCC e EEN, no entanto com benefícios superiores para a EMTR. Recomendam cautela

na interpretação destes resultados dada a elevada heterogeneidade dos estudos considerando a grande variedade de tipos de AVC nas pessoas incluídas nos estudos, grande variabilidade nos parâmetros de tratamento e dosagens, falta de uniformização da medida da disfagia, não permitindo assim fazer recomendações sobre os protocolos mais efetivos.

Uma outra revisão também recente (Tian et al., 2019), de revisões sistemáticas e metanálises de estudos publicados sobre o tratamento da disfagia com acupuntura conclui que a evidência disponível neste momento é de muito baixa a baixa qualidade, no entanto, os resultados indiciam melhoria da sintomatologia associada à disfagia com recurso à acupuntura. Nesta revisão são igualmente feitas sugestões para a investigação nesta área pelos motivos já elencados previamente.

Procurando atualizar a evidência foram pesquisados estudos experimentais, publicados depois de maio de 2018, que estudassem os efeitos de estratégias terapêuticas em pessoas com disfagia pós-AVC, em fase aguda ou subaguda (inferior seis meses) tendo como comparador apenas intervenção *standard*, usando assim os critérios definidos na revisão sistemática desenvolvida por Bath et al. (2018). Foram identificados nove estudos (tabela 35) a maior parte deles (seis) dentro da esfera da intervenção comportamental (Kim & Park, 2019; Krajczyk et al., 2019; Moon et al., 2018; Park et al., 2019; Ploumis et al., 2018), dois sobre EMTR (Tarameshlu et al., 2019; Ünlüer et al., 2019), um sobre EEN (Simonelli et al., 2019) e outro sobre a acupuntura (Wu et al., 2019). Do ponto de vista dos resultados, três estudos apontam redução da penetração/aspiração no grupo de intervenção (Kim & Park, 2019; Ploumis et al., 2018; Simonelli et al., 2019), sete estudos sugerem a melhoria da capacidade de deglutir (Kim & Park, 2019; Krajczyk et al., 2019; Moon et al., 2018; Park et al., 2019; Ploumis et al., 2018; Simonelli et al., 2019; Tarameshlu et al., 2019; Wu et al., 2019), sendo que no estudo de Wu et al. (2019) os resultados alcançados foram apenas observados num subgrupo de participantes. O estudo desenvolvido por Ünlüer et al. (2019) relata não existirem diferenças entre grupos na avaliação da função deglutória resultante da intervenção. À semelhança das limitações apontadas nas revisões sistemáticas acima identificadas, não é possível comparar resultados das intervenções dada a grande variabilidade das mesmas e a variabilidade das medidas usadas para avaliar os resultados, o que impede de retirar conclusões diferentes das já apresentadas. A qualidade da evidência produzida é moderada a baixa qualidade (Critical Appraisals Skills Programme, 2019), acima de tudo pela falta de verdadeira randomização pela dificuldade de ocultação da alocação dos participantes e/ou da intervenção o que, em estudos desta natureza, se mostra um desafio. Estes achados reforçam as recomendações elaboradas para a investigação nesta área por Bath et al. (2018), nomeadamente a necessidade de definição

clara do tempo decorrido pós-AVC no momento de recrutamento, procurando alcançar-se amostras de grande dimensão, idealmente de diferentes centros; à falta de intervenção comprovada os participantes no grupo de controlo deverão apenas receber cuidados *standard*; a utilização de métodos de investigação semelhantes permitindo assim a comparação; e a uniformização dos resultados e medidas dos resultados sugerindo para este efeito que sejam avaliados os resultados funcionais (morte e dependência), a proporção de pessoas que desenvolve infeção respiratória ou pneumonia ou apresenta sinais de aspiração e resultados relevantes para a economia da saúde como o tempo de internamento, assim como resultados da avaliação da qualidade de vida.

Na auscultação aos peritos de salientar, na primeira ronda, a rejeição de duas recomendações específicas sobre o tipo de exercício a realizar, justificado pela ausência sistemática de avaliação instrumental destas pessoas no nosso país, o que impede qualquer tipo de abordagem mais específica do ponto de vista terapêutico, por falta de avaliação precisa do tipo e extensão da disfagia. Foi também evidente na primeira ronda a discordância dos peritos relativamente à incerteza no uso da EEN, o que levou à elaboração de uma recomendação específica relativamente a esta estratégia terapêutica. Para as restantes recomendações propostas verificou-se um consenso alargado entre os peritos (superior a 90%).

Neste contexto, as recomendações estão classificadas de fraca a forte, essencialmente assente no nível de consenso entre peritos, dada a limitada evidência disponível.

Tabela 35 - Estudos experimentais identificados sobre a intervenção terapêutica na disfagia

Autor	Objetivo/participantes/intervenção	Variáveis mensuradas	Resultados
Kim & Park (2019)	Foram aleatoriamente distribuídos, com recurso a um aplicativo informático, 30 participantes em dois grupos, com o objetivo de averiguar o efeito de um exercício de resistência de flexão da cabeça em participantes com disfagia, com auxílio de dispositivo . Intervenção ($n=15$): exercícios de resistência de flexão da cabeça com apoio de dispositivo + cuidados <i>standard</i> cinco dias por semana durante seis semanas; Controlo ($n=15$): cuidados <i>standard</i> cinco dias por semana durante seis semanas.	Utilização da <i>Functional Oral Intake Scale</i> para avaliação da função deglutória e avaliação da penetração/aspiração através de videofluoroscopia.	Comparado com o grupo de controlo, o grupo de intervenção mostrou melhoria estatisticamente significativa na penetração/aspiração e na <i>Functional Oral Intake Scale</i> ($p<0,001$, ambos). As taxas de remoção da SNG foram de 25% e 15% nos grupos de intervenção e controlo, respetivamente.
Krajczyk et al., (2019)	Com o objetivo de avaliar a eficácia de um programa terapêutico constituído por exercícios de fortalecimento da musculatura orofacial, exercícios respiratórios e fortalecimento e reeducação e, quando apropriado, estimulação térmica e mobilização do complexo laringo-hioide , 60 participantes foram aleatoriamente alocados em dois grupos, por técnica de envelope fechado. Intervenção ($n=30$): programa terapêutico diariamente durante 15 dias; Controlo ($n=30$): cuidados <i>standard</i> durante o mesmo período.	Foram avaliados os seguintes parâmetros no início e final do programa: qualidade vocal antes e depois da ingestão de 50 ml de água; tempo de deglutição (em segundos); número de deglutições e saturação periférica de oxigénio avaliado por oximetria de pulso.	Diferença estatisticamente significativa entre grupos no final da intervenção, a favor do grupo de intervenção, para os parâmetros: reflexo de deglutição ($p=0,00001$), no reflexo de tosse ($p=0,0009$), qualidade vocal ($p=0,00001$), redução do tempo de deglutição ($p=0,02$) e redução do número de deglutições ($p=0,02$).
Moon et al., (2018)	Foram alocados aleatoriamente através de uma aplicação informática 19 participantes em dois grupos com o objetivo de avaliar os efeitos do treino de precisão e força de	<i>Iowa Oral Performance Instrument</i> para avaliação da pressão máxima isométrica da língua, a <i>Mann Assessment of</i>	Verificaram-se melhorias estatisticamente significativas antes e depois do tratamento nos dois grupos em todas as variáveis medidas. Sem diferenças entre grupos, exceto para a pressão

	pressão da língua na função deglutória e qualidade de vida. Intervenção (n=8): treino de precisão e de força de pressão da língua + cuidados <i>standard</i> 5 vezes por semana durante oito semanas; Controlo (n=8): cuidados <i>standard</i> 5 vezes por semana durante oito semanas.	<i>Swallowing Ability</i> para avaliar a disfagia e a <i>Swallowing-Quality of Life</i> para a Qualidade de vida.	isométrica máxima posterior da língua que não apresentou melhoria estatisticamente significativa no grupo de controlo e no item “movimento da língua” na avaliação realizada através do <i>Mann Assessment of Swallowing Ability</i> com diferença estatisticamente significativa a favor do grupo de intervenção.
Park et al., (2019)	Com o objetivo de avaliar o efeito do treino de deglutição forçada na força da língua e capacidade para deglutir, foram alocados aleatoriamente por meios informáticos, 24 participantes. Intervenção (n=12): treino de deglutição forçada cinco vezes por semana durante quatro semanas; Controlo (n=12): cuidados <i>standard</i> 5 vezes por semana durante quatro semanas	<i>Iowa Oral Performance Instrument</i> para avaliação da pressão máxima isométrica da língua e a função deglutória foi avaliada por videofluoroscopia usando a <i>Videofluoroscopic Dysphagia Scale</i>.	Diferenças estatisticamente significativas nos dois grupos antes e depois da intervenção e no final da intervenção verificou-se uma diferença estatisticamente significativa na medição da força anterior de língua e posterior ($p<0,046$ e $p<0,042$ respetivamente) a favor do grupo de intervenção. Quanto à função deglutória, ambos os grupos apresentam melhorias significativas na fase oral e faríngea antes e depois do tratamento, sendo que no final da intervenção verifica-se diferença estatisticamente significativa ($p<0,017$) entre grupos na fase oral a favor do grupo de intervenção.
Ploumis et al. (2018)	Com o objetivo de avaliar a eficácia dos exercícios isométricos de fortalecimento da cervical em adultos disfágicos pós-AVC, foram aleatoriamente distribuídos em dois grupos, por envelope fechado, 70 participantes. Intervenção (n=37): exercícios isométricos de fortalecimento da cervical + cuidados <i>standard</i> durante 12 semanas; Controlo (n=33): cuidados <i>standard</i> durante 12 semanas.	Avaliação da penetração/aspiração através de videofluoroscopia.	Diferenças estatisticamente significativas entre grupos na penetração/aspiração ($p<0,001$) a favor do grupo de intervenção.

Simonelli et al. (2019)	Foi comparado a utilização da EEN com cuidados <i>standard</i> num grupo de 31 participantes aleatoriamente distribuídos em dois grupos com uma tabela de randomização. Intervenção (n=16): estimulação elétrica neuromuscular + cuidados <i>standard</i> cinco dias por semana durante cinco dias; Controlo (n=15): cuidados <i>standard</i> cinco dias por semana durante cinco dias.	Utilização da <i>Functional Oral Intake Scale</i> para avaliação da função deglutória e avaliação da penetração/aspiração através de videofluoroscopia.	Diferenças estatisticamente significativas em ambos os grupos na avaliação antes e depois do tratamento, no entanto o grupo de intervenção alcançou melhores pontuações na <i>Functional Oral Intake Scale</i> e na avaliação da penetração/aspiração.
Tarameshlu et al., (2019)	Com o objetivo de avaliar o efeito da EMTR na deglutição, foram aleatoriamente distribuídos em três grupos, por envelope fechado, 18 participantes. Intervenção 1 (n=6): estimulação magnética transcraniana cinco dias consecutivos + cuidados <i>standard</i> três vezes por semana durante seis semanas; Intervenção 2 (n=6): estimulação magnética transcraniana cinco dias consecutivos; Controlo (n=6): cuidados <i>standard</i> três vezes por semana durante seis semanas;	Utilização da <i>Functional Oral Intake Scale</i> para avaliação da função deglutória e a <i>Mann Assessment of Swallowing Ability</i> para avaliar a disfagia.	Todos os grupos tiveram melhorias estatisticamente significativas entre o início e o final do estudo, no entanto, estas foram significativamente maiores no grupo de intervenção 1.
Ünlüer et al., (2019)	Com o objetivo de identificar se a aplicação de estimulação magnética transcraniana de baixa frequência pode aumentar o efeito do tratamento convencional de deglutição e a qualidade de vida, foram aleatoriamente distribuídos em dois grupos, por envelope fechado, 28 participantes. Intervenção (n=15): estimulação magnética transcraniana de baixa frequência no hemisfério não afetado na última semana de tratamento + cuidados <i>standard</i> três vezes por semana durante quatro semanas;	A função deglutória foi avaliada por videofluoroscopia baseada na medição do tempo de trânsito oral de diferentes volumes e consistência e penetração e aspiração. Foi usada a <i>Swallowing-Quality of Life</i> para avaliação da Qualidade de vida.	Sem diferenças entre grupos na avaliação da função deglutória. Uma melhora significativa foi observada nos parâmetros de apetite, medo de comer e saúde mental da avaliação da qualidade de vida no grupo de intervenção em comparação com o grupo de controlo ($p<0,05$).

	Controlo (n=13): cuidados <i>standard</i> três vezes por semana durante quatro semanas		
Wu et al. (2019)	Com o objetivo de avaliar a efetividade da acupuntura no tratamento da disfagia, 128 participantes foram distribuídos aleatoriamente com recurso a uma tabela de números aleatórios, em dois grupos. Intervenção (n=63): acupuntura + cuidados <i>standard</i> cinco vezes por semana durante três semanas; Controlo (n=65): cuidados <i>standard</i> cinco vezes por semana durante três semanas	Capacidade de deglutir avaliada com um instrumento desenvolvido por <i>Fujishima Ichiro</i> .	Observaram-se diferenças estatisticamente significativas entre grupos no final do tratamento para enfartes corticais e da cápsula interna/gânglios da base/diencéfalo. Sem diferenças entre grupos para enfartes do tronco cerebral e cerebelo.

Tabela 36 - Questão clínica 7

Questão clínica 7: a modificação da consistência dos alimentos e líquidos comparada com a alimentação <i>standard</i> diminui a mortalidade e a morbidade ou melhora os resultados em saúde em pessoas com AVC?			
Nível de concordância			%
O aumento da viscosidade dos líquidos reduz o risco de aspiração, no entanto os líquidos espessados aumentam o risco de resíduo pós-deglutório oral e faríngeo. A modificação de consistências alimentares e o uso de espessantes apenas devem ser prescritos após avaliação clínica e/ou instrumental. A avaliação deve ser repetida em intervalos regulares.			100
Nível de recomendação	I	Nível de evidência	C-EO
O uso de espessantes diminui a ingestão de líquidos. Líquidos espessados devem ser utilizados em pessoas com disfagia para líquidos, no entanto, a ingestão de líquidos deve ser rigorosamente monitorizada devido ao risco de ingestão insuficiente.			100
Nível de recomendação	I	Nível de evidência	C-EO
Mesmo com modificações das consistências alimentares e da viscosidade dos líquidos, as pessoas com disfagia apresentam risco acrescido de desnutrição, desidratação e pneumonia. Devem, por isso, ser rigorosamente monitorizados para estas complicações.			100
Nível de recomendação	I	Nível de evidência	C-EO

A modificação das consistências alimentares e espessamento de líquidos é, provavelmente, a estratégia compensatória mais utilizada nas pessoas com disfagia, no entanto, a recomendação para o seu uso está muito mais baseada num consenso de boa prática, do que propriamente em evidência proveniente da investigação (Beck et al., 2018; McCurtin, et al., 2020; Newman et al., 2016). A evidência sobre a segurança e eficácia da utilização de estratégias de aumento da viscosidade dos líquidos é escassa e, no caso das modificações das consistências alimentares e utilização de consistências mistas, a mesma

é residual, sendo consistente a recomendação de maior investigação nesta área (Beck et al., 2018; Newman et al., 2016).

Na pesquisa realizada foram identificadas quatro revisões sistemáticas que procuraram identificar o impacto das modificações das consistências alimentares e aumento da viscosidade de líquidos na fisiologia, eficácia e segurança da deglutição e na qualidade de vida de adultos com disfagia orofaríngea (Beck et al., 2018; Newman et al., 2016; Steele et al., 2015; Swan et al., 2015). O aumento da viscosidade do bólus aumenta a segurança da deglutição e o uso de espessantes diminui a penetração/aspiração, no entanto, aumenta o resíduo pós-deglutório o que pode resultar na invasão pós-deglutória da via aérea (Beck et al., 2018; Newman et al., 2016; Steele et al., 2015). A evidência sugere igualmente que tem impacto na fisiologia da deglutição, com um aumento do padrão de pressão lingual, mas sem impacto no comprometimento da via aérea e com efeito controverso nos tempos de trânsito oral e faríngeo, início da abertura do esfíncter esofágico superior e velocidade do bólus (Newman et al., 2016). O uso de líquidos espessados traduz-se num aumento do risco de desidratação (Newman et al., 2016) e em pior qualidade de vida (Newman et al., 2016; Swan et al. 2015), sendo que a disfagia poderá ser um fator confundente na avaliação da qualidade de vida (Swan et al., 2015). São apontadas como principais limitações a reduzida dimensão das amostras nos estudos, incluindo participantes com múltiplas condições clínicas, heterogeneidade nos métodos e medida dos resultados, assim como a falta de uniformização na definição e terminologia dos níveis de viscosidade (Newman et al., 2016; Steele et al., 2015). Neste contexto, e com o objetivo de desenvolver uma terminologia e definir *standards* para os alimentos com textura modificada e líquidos, aplicável a todas as pessoas disfágicas, de todas as idades, em todos os contextos clínicos e culturas foi fundada a *International Dysphagia Diet Standardisation Initiative* (IDDSI) (Cichero et al., 2017). Esta iniciativa é constituída por um painel de peritos internacional e envolveu profissionais de saúde, investigadores, pessoas com disfagia, cuidadores, fornecedores de produtos alimentares, organizações de suporte a pessoas com disfagia e a indústria, em várias rondas. Numa primeira ronda, sobre terminologia e práticas implementadas em 33 países, obtiveram 2050 respostas tendo identificado o uso habitual de três a quatro níveis distintos de texturas alimentares, com 54 terminologias diferentes e três ou mais níveis de espessamento de líquidos, com 27 nomes diferentes. De seguida levaram a cabo uma revisão sistemática para compreensão do impacto destas estratégias na deglutição (Steele et al., 2015). Foi então desenvolvido o primeiro esboço da estrutura da *standardização*, que foi submetido ao painel internacional para refinamento, tendo sido

obtidas 3190 respostas provenientes de 57 países. Na sua estrutura final, a IDDSI⁸ compreende um contínuo de oito níveis (0-7) identificados por números, etiquetas de texto, codificação por cores, definições e métodos de mensuração, sendo a sua implementação recomendada para o mundo todo dado o consenso alargado obtido para a sua construção (Cichero et al., 2017).

Procurando atualizar a evidência disponível, foram identificados cinco estudos com interesse nesta área (Bolivar-Prados et al., 2019; Crary et al., 2016; McCurtin et al., 2018; Miles et al., 2018; Vilardell et al., 2016). Os estudos identificados, todos eles de natureza observacional, tiveram diferentes métodos e objetivos. No estudo desenvolvido por Crary et al. (2016), numa análise retrospectiva documental, é identificado o uso de espessantes como um dos fatores que impacta negativamente o estado de hidratação em pessoas disfágicas após AVC. Num outro estudo, que procurou avaliar a prevalência de aspiração e resposta à aspiração (tosse) de líquidos espessados e não espessados através de fibroendoscopia da deglutição, conclui que foi observada maior incidência de aspiração com líquidos não espessados, uma associação significativa entre a resposta à aspiração (tosse) e a viscosidade e volume, maior prevalência de aspiração silenciosa em líquidos espessados e de maior viscosidade e grande variabilidade na resposta à aspiração (tosse) perante diferentes volumes e viscosidades, sendo que estes achados levam os autores a reforçar a necessidade de avaliação instrumental destas pessoas quando submetidas a estas estratégias terapêuticas (Miles et al., 2018). Vilardell et al. (2016) compararam o efeito terapêutico do uso de amido modificado e goma xantana na segurança e eficácia da deglutição em pessoas pós-AVC, através de avaliação clínica e instrumental com videofluoroscopia. Os achados sugerem que o uso dos dois espessantes aumenta a segurança da deglutição através do aumento da viscosidade, no entanto, em pessoas a utilizar amido modificado foi observada maior prevalência de resíduo pós-deglutório. Acrescentam que os mecanismos de proteção da via aérea e velocidade do bólus não foram afetados por nenhum dos espessantes, concluindo assim que o uso de espessantes é um mecanismo compensatório que aumenta a segurança da deglutição. Envolvendo igualmente o uso de espessantes, Bolivar-Prados et al. (2019), avaliaram a segurança e eficácia da deglutição e a cinemática da resposta da deglutição com o uso de espessante à base de goma xantana, concluindo que o aumento da viscosidade do bólus com o espessante à base de goma xantana aumentou significativamente a segurança da deglutição na pessoa com disfagia pós-AVC de uma forma dependente da viscosidade,

⁸ A investigadora contactou a IDSSI em janeiro de 2018 disponibilizando-se para colaborar na tradução para português, trabalho esse que na altura já estava em desenvolvimento. As versões em português ficaram disponíveis em dezembro de 2020 no site da IDSSI: <https://iddsi.org/Translations/Available-Translations>

sem aumentar a prevalência de resíduo faríngeo. Um outro estudo qualitativo, que procurou explorar as experiências e aceitabilidade das modificações das consistências alimentares e espessamento de líquidos em pessoas com disfagia pós-AVC, revela que as pessoas relatam a experiência como desagradável e este desagrado poderá influenciar negativamente a adesão a esta estratégia terapêutica, o estado de hidratação e a qualidade de vida (McCurtin et al., 2018). Os participantes apontam ainda falta de apelo sensorial como importante fundamento para o desagrado em relação às modificações alimentares e espessamento de líquidos, para além de que o envolvimento e compreensão dos motivos para a prescrição é baixo, levando a incertezas sobre o tratamento. Os achados destes estudos corroboram, em certa medida, as conclusões das revisões sistemáticas identificadas no que concerne o impacto na hidratação, a qualidade de vida e a fisiologia da deglutição. O estudo sobre o tipo de espessantes torna-se particularmente relevante considerando os aspetos identificados antes no que concerne a formação de resíduo pós-deglutório com a sua utilização e os potenciais riscos que pode acarretar de posterior invasão da via aérea. É igualmente necessário aprofundar a investigação no que concerne a administração de medicação, havendo alguma evidência que sugere que o uso de espessantes poderá anular o efeito dos fármacos e que a probabilidade de erro na administração de terapêutica medicamentosa é muito maior em pessoas disfágicas (Logrippe et al., 2017; Wright et al., 2020), não existindo, no entanto, evidência ou consenso suficientes para formular recomendações. Estas são, inquestionavelmente, áreas que carecem de maior investigação, pois a evidência existente é frágil para suportar recomendações sobre estas estratégias terapêuticas.

Relativamente às recomendações identificadas em diretrizes clínicas, estas são essencialmente relativas ao uso de espessantes e foram identificadas em três diretrizes clínicas internacionais (Burgos et al., 2018; Stroke Foundation, 2019; Wirth et al., 2013). As diretrizes clínicas do *National Institute for Health and Care Excellence* para diagnóstico e tratamento da pessoa com AVC em fase aguda (National Collaborating Centre for Chronic Conditions, 2019) remetem para as diretrizes clínicas de nutrição clínica (National Collaborating Centre for Acute Care, 2006). Encontram-se igualmente recomendações numa das revisões sistemáticas anteriormente identificadas (Beck et al., 2018). Nas diretrizes da ESPEN é recomendado que a modificação de consistências alimentares apenas seja instituída após avaliação clínica criteriosa, preferencialmente instrumental, com avaliação do risco de aspiração, referindo que a mesma deva ser repetida com regularidade, uma vez que os dados sobre o efeito das modificações alimentares são insuficientes (Burgos et al., 2018). Corroboram esta recomendação Wirth et al. (2013). A Stroke Foundation (2019) salienta a necessidade de monitorização regular dado o risco

aumentado de malnutrição e desidratação, em pessoas submetidas a estas estratégias terapêuticas. Neste contexto, a ESPEN refere que todas as pessoas com necessidade de modificações alimentares devem ser referenciadas para um nutricionista para avaliação e orientação (Burgos et al., 2018). Por outro lado, *National Collaborating Centre for Acute Care* (2006) refere não existir evidência que suporte qualquer tipo de recomendação, alertando que as modificações alimentares e espessamento de líquidos têm um custo considerável sem que haja suporte empírico para o seu uso, acrescentando que é crescente a evidência de que causa mais dano do que benefício, dando como exemplo a desidratação. Beck et al. (2018), em resultado da revisão sistemática realizada, referem que para líquidos espessados na consistência mel e néctar, o risco/benefício é incerto, pelo que a sua utilização deva ser criteriosa. Para líquidos moderadamente espessados a muito espessado, consideram não ser boa prática a sua utilização como estratégia compensatória e, no que concerne as texturas modificadas, refere não ter sido identificada evidência que suporte o seu uso, pelo que será boa prática oferecer diferentes níveis, adaptado às capacidades deglutórias da pessoa, tendo como referência a IDDSI. A ESPEN recomenda ainda que, com base numa avaliação e decisão individual e acompanhamento regular, seja dado o acesso adicional a água não espessada a pessoas com aspiração de líquidos. De facto, a evidência sugere que a implementação de protocolos de ingestão de água não espessada em condições específicas poderá melhorar a qualidade de vida (Guillman et al., 2017), no entanto, existem barreiras à sua implementação, nomeadamente a falta de perícia dos enfermeiros para a realização da higiene oral, falta de adesão às regras dos protocolos, perceção do aumento da carga de trabalho para os enfermeiros e uma cultura estabelecida para a utilização de espessantes (Barker et al., 2019). Recomendam ainda o uso de líquidos carbonatados como opção terapêutica em pessoas com resíduo faríngeo, uma vez que o seu uso está associado à redução do resíduo faríngeo.

Numa revisão sistemática a diretrizes clínicas publicadas sobre a utilização de espessantes, que incluiu 13 diretrizes clínicas internacionais de qualidade metodológica variável, conclui que é relativamente consensual o uso de espessantes, apesar da limitada evidência que o suporte (McCurtin et al., 2020).

Esta é a síntese da evidência existente para suporte à formulação das recomendações apresentadas ao painel de peritos. Relativamente à classificação das recomendações propostas, as recomendações são classificadas como fortes, considerando o consenso unânime entre peritos.

Em suma, foi possível identificar um conjunto de 21 recomendações clínicas para a abordagem à pessoa com deglutição comprometida após o AVC. Tanto quanto é dado a

conhecer, estas são as primeiras recomendações clínicas especificamente concebidas para orientar os profissionais na avaliação e tratamento da disfagia na pessoa após AVC. Os diversos estudos incluídos nestas recomendações permitem compreender o impacto da disfagia na pessoa do ponto de vista clínico. As complicações respiratórias têm sido o principal foco da investigação em todo o mundo e o compromisso com a nutrição, hidratação e qualidade de vida da pessoa e família, não tem merecido a mesma atenção. É escassa a evidência sobre a qualidade de vida da pessoa com deglutição comprometida após o AVC e dos seus familiares cuidadores.

A maior parte da evidência encontrada é de qualidade moderada a baixa e denota a necessidade de investigação para identificar as melhores opções terapêuticas para estas pessoas. Os doentes e seus cuidadores familiares não foram envolvidos na elaboração destas recomendações e isto é reconhecido como uma das principais limitações a estas recomendações. Devido à baixa qualidade da evidência, a maior parte das recomendações está sustentada no consenso dos peritos, o que poderá resultar em potenciais problemas relacionados com a diversidade de contextos e de práticas, limitando a sua aplicabilidade.

Estas recomendações clínicas são uma visão global da evidência mais recente traduzida em afirmações clinicamente relevantes e não podem ser confundidas com roteiros clínicos ou de cuidados. Na implementação das recomendações a nível local, os profissionais de saúde devem identificar os facilitadores e barreiras à PBE dentro dos seus próprios contextos e determinar quais as melhores estratégias para dar resposta às necessidades locais e aos desafios. Onde a mudança é necessária, a formação inicial e contínua sobre todas as recomendações é essencial e relevante.

Estas recomendações deverão ser revistas sempre que a evidência relevante seja publicada ou, no limite, atualizadas ao fim de 5 anos.

PARTE III – CONCEÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DE UMA INTERVENÇÃO: DA EVIDÊNCIA À PRÁTICA

Porque grandes coisas não são feitas por impulso, mas por uma sucessão de pequenas coisas ligadas entre si.

Vincent van Gogh

A presente parte expõe o terceiro estudo deste percurso de investigação e traduz um caminho que foi desenvolvido, do ponto de vista do enquadramento concetual da profissão, no esteio dos PQCE e da implementação de sistemas de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2012). Começa-se pela contextualização do impacto que o compromisso na deglutição tem na pessoa após o AVC na perspetiva da resposta humana ao processo saúde/doença, numa alusão expressa ao referencial teórico que sustenta este percurso de investigação e foco central da prática dos enfermeiros, o processo de transição (Meleis et al., 2000). Posteriormente progride-se para a fundamentação do processo de melhoria contínua da qualidade enquanto estratégia promotora da implementação da evidência na prática. Seguem-se a questão norteadora do estudo, finalidade e objetivos. Seguidamente apresentam-se os métodos, resultados e discussão.

Nos PQCE estão definidas seis categorias de enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional. Neste contexto, este percurso enquadra-se no enunciado descritivo “Organização dos cuidados de enfermagem”, em que são elementos importantes a

“existência de um sistema de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros; a existência de um sistema de registos que incorpore sistematicamente, entre outros dados, as necessidades de cuidados de enfermagem do cliente, as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem (...); e a utilização de metodologias de organização dos cuidados de enfermagem promotoras da qualidade” (Ordem dos Enfermeiros, 2012, p. 18).

1. A RESPOSTA HUMANA AO PROCESSO SAÚDE/DOENÇA: A PESSOA COM DEGLUTIÇÃO COMPROMETIDA APÓS AVC

De instalação súbita, o AVC tem um impacto negativo na vida da pessoa, resultando frequentemente em algum grau de dependência (Direção-Geral da Saúde, 2017a). Neste contexto, a disfagia é uma das complicações do AVC com sérias repercussões na capacidade da pessoa para a reconstrução da autonomia e graves complicações respiratórias, nutricionais e psicológicas, afetando o bem-estar da pessoa (Cohen et al., 2016; Moloney & Walshe, 2017).

Este é, sem dúvida, um momento disruptivo na vida da pessoa que impele à mudança, sendo a doença (o AVC) um evento não esperado gerador da mesma. A mudança é um ponto de viragem que desencadeia uma experiência de transição (Meleis, 2015). A transição descreve a experiência da pessoa confrontada com, a viver ou lidando com um evento, situação ou estágio que requiere novas habilidades, sentimentos, comportamentos ou funções, ie, é a passagem de uma fase da vida, condição ou *status*, para outro (Meleis, 2015). A transição apenas se considera concluída quando a estabilidade é novamente alcançada (Chick & Meleis, 2010). No entanto, a pessoa em transição tende a estar mais vulnerável a riscos que poderão afetar a sua saúde (Meleis et al., 2000).

A pessoa com deglutição comprometida após AVC vivencia uma transição saúde/doença (Schumacher & Meleis, 2010), que é modelada por diferentes condições, que resulta de interações complexas entre a pessoa e o ambiente, precipitando, pela natureza da transição, o contacto com o enfermeiro (Chick & Meleis, 2010). A transição, enquanto processo diferido no tempo, precipita sentimentos de desconetividade, pela rutura da ligação com os sentimentos de segurança dos quais a pessoa depende e reveste-se de singularidade, que expressa a consciencialização da vivência de transição resultante da redefinição do eu interior e do eu na relação com os outros (Meleis, 2015).

Efetivamente, o AVC pode impulsionar uma transformação que resulta na reconstrução do sentido do eu, precipitando a assunção de novos papéis impostos pelas limitações resultantes do AVC e que culminam num conjunto de transições nas habilidades funcionais, identidade e atividades de vida diárias (Schumacher et al., 2010).

Os maiores desafios que se colocam à pessoa após AVC são as mudanças na perceção do eu resultantes das alterações na autoimagem e autoestima, assim como um conjunto

de mudanças na capacidade para o desempenho das atividades de vida diárias, consequência das limitações funcionais e das mudanças na relação com os outros, percebidas por sentimentos de isolamento ou de suporte e na mudança na integração na comunidade, com diminuição ou mesmo inexistência de participação em atividades anteriormente desenvolvidas (Rittman et al., 2010).

De facto, para além do impacto na pessoa, este evento gerador de mudança repercute-se igualmente na família de várias formas. A complexidade destas transições pode ser composta de transições simultâneas nos membros da família da pessoa, pelas alterações impostas às dinâmicas familiares, levando a que membros da família passem a assumir o papel de cuidador, atravessando assim mudanças nos seus papéis profissionais e familiares (Rittman et al., 2010).

A forma como a pessoa e família respondem ao evento gerador de mudança resultam em dois conjuntos de respostas, na perspetiva de enfermagem: processuais e de resultado (Meleis et al., 2000). Estes padrões de resposta correspondem a comportamentos observáveis e não observáveis, podendo ser funcionais ou disfuncionais (Chick & Meleis, 2010) e influenciados por condições pessoais, da comunidade, da sociedade ou globais (Meleis, 2015). Os padrões de resposta processuais traduzem o nível de envolvimento da pessoa na mudança e nas ações e intervenções planeadas, sendo avaliadas ao longo do processo; os padrões de respostas de resultado são determinados no final da transição e permitem avaliar os resultados das terapêuticas de enfermagem e os indicadores de uma transição saudável (Schumacher & Meleis, 2010).

O conhecimento dos padrões de resposta à transição é útil para orientar os enfermeiros na avaliação, sendo que o planeamento e implementação das terapêuticas de enfermagem, para serem efetivas, devem igualmente considerar como a transição e eventos associados são percebidos pela pessoa que a experiencia (Chick & Meleis, 2010).

Olhando na perspetiva da pessoa com a deglutição comprometida, e sabendo que nem todas as pessoas com compromisso da deglutição após AVC irão recuperar a função deglutória com o tempo (Arnold et al., 2016), é evidente a necessidade de cuidados ao longo da vida e a necessidade de modificações alimentares, que a pessoa pode vivenciar como uma experiência desagradável (McCurtin et al., 2018), ou mesmo de alimentação SNG (Trapl et al., 2007), que implicam a aquisição de novos conhecimentos e habilidades, para a pessoa e cuidador, e mudanças profundas na relação do próprio com o eu, com os outros e com o ambiente. A hora da refeição é habitualmente vivida como um momento social, para estar com os outros ou em família, pelo que o compromisso na deglutição não poderá ser analisado exclusivamente na perspetiva do processo corporal, mas sim de

forma holística enquanto acontecimento relevante na vida da pessoa. A pessoa e família vivenciam diferentes sentimentos ao longo da transição: a pessoa na fase aguda experiencia sentimentos de medo do engasgamento e medo de não conseguir respirar, ao passo que com o tempo a vergonha do engasgamento em público levam a que evite comer na presença de outros, o que inevitavelmente conduz à depressão e ao isolamento; por outro lado os familiares cuidadores vivenciam o medo de alimentar o seu familiar pelo risco de engasgamento, o que gera sentimentos de ansiedade e stress (Martino et al., 2010).

Neste sentido, a compreensão da complexidade da transição na pessoa com AVC leva o âmbito das terapêuticas de enfermagem para além da transição na pessoa (saúde/doença), para uma perspetiva mais alargada que inclui uma transição do tipo situacional (Meleis, 2015), pressupondo a assunção da responsabilidade no papel de cuidador por parte de um membro da família, revelando assim uma abordagem holística de toda a experiência da transição.

Assim, a enfermagem toma como foco a facilitação da transição, para promover o sentimento de bem-estar em que as terapêuticas de enfermagem permitem aos enfermeiros selecionar as intervenções mais vantajosas e adequadas para alcançar o estado desejado de manutenção ou promoção da saúde (Chick & Meleis, 2010).

Enquadrando conceitualmente o AVC como um evento gerador de mudança que despoleta uma transição, o desenvolvimento do conhecimento objetivando a sistematização de terapêuticas de enfermagem à pessoa com deglutição comprometida após o AVC encontra respaldo na Teoria das Transições (Meleis, 2010). Esta propõe um construto teórico e proposições para o cuidado de enfermagem, centrado no conceito da transição, destinado a estimular o desenvolvimento do conhecimento em enfermagem, ao mesmo tempo que proporciona um enquadramento para os diagnósticos e intervenções de enfermagem. Na pessoa com deglutição comprometida após o AVC, os enfermeiros terão sempre de conceitualizar as terapêuticas de enfermagem enquadradas em duas transições: saúde/doença e situacional, tomando como unidade de cuidados a família.

A operacionalização da Teoria das Transições potencia a compreensão dos enfermeiros sobre a vivência da pessoa e cuidador/familiar dos processos de transição e leva ao desenvolvimento de terapêuticas de enfermagem, de intervenções e de recursos ajustado às experiências únicas da pessoa e cuidador no sentido de promover uma resposta bem-sucedida e saudável à transição (Meleis, 2015).

1. 1. A melhoria contínua da qualidade enquanto estratégia para a implementação da evidência na prática

O impacto que a disfagia tem na pessoa com AVC é frequentemente negligenciado, quer do ponto de vista da prática clínica, quer do ponto de vista da investigação (Dziewas et al., 2017; Wirth et al., 2016), tornando-se por isso fulcral, numa perspetiva bifocal, desenvolver abordagens terapêuticas que previnam complicações e concorram para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem e, simultaneamente, estudar os efeitos das intervenções desenvolvidas, aprofundando o conhecimento existente sobre o cuidado à pessoa com deglutição comprometida que seja enformador da melhor prática clínica.

A par disto, é reconhecida internacionalmente a necessidade de sistematização na abordagem terapêutica à pessoa com deglutição comprometida após o AVC (Altman, 2011; Gandolfi et al., 2014; Perry et al., 2018) pelos potenciais ganhos na prevenção de complicações, nomeadamente a pneumonia (Al-Khaled et al., 2016; Joundi et al., 2017; Titsworth et al., 2013) e na redução da incapacidade e mortalidade (Middleton et al., 2011; Middleton et al., 2017). Existe igualmente evidência de que a sistematização da intervenção dos enfermeiros, através da existência de orientações clínicas formais para a abordagem terapêutica à pessoa com deglutição comprometida após o AVC, tem um impacto significativo nos resultados adversos, como as infeções respiratórias e morte (Hines et al., 2016; Palli et al., 2017; Sørensen et al., 2013).

Neste contexto, é identificado um hiato entre as recomendações internacionais e as práticas no nosso país (Oliveira, Couto & Mota, 2020), não se conhecendo protocolos implementados que sistematizem a abordagem à pessoa com deglutição comprometida após AVC. Tal facto poderá estar relacionado com a falta de diretrizes clínicas nacionais. A integração de evidência científica de elevada qualidade, ie, resultados de investigação clinicamente relevantes, no processo de tomada de decisão clínica, assegura a prestação de cuidados de qualidade (Chinn & Kramer, 2015), sendo esta uma das componentes para a PBE (Melnyk et al., 2017).

De facto, a PBE assegura que o processo de tomada de decisão dos profissionais de saúde na definição dos cuidados de saúde a prestar é enformado pela melhor evidência científica disponível, no entanto, para além da evidência proveniente da investigação também a perícia do profissional, a sua experiência, o ambiente e recursos disponíveis e as preferências e valores da pessoa alvo dos cuidados se constituem como aspetos fundamentais desta (Chinn & Kramer, 2015).

A PBE melhora a qualidade e segurança dos cuidados, promove melhores resultados em saúde, reduz a variação geográfica na prestação de cuidados e reduz custos, permitindo a consecução de quatro objetivos nos cuidados de saúde: melhorar a experiência da pessoa nos cuidados de saúde (incluindo a sua satisfação), melhorar a saúde das populações, reduzir as despesas de saúde e aumentar a satisfação dos profissionais com o trabalho (Melnik et al., 2017).

No entanto, e apesar das vantagens da implementação de uma cultura de PBE, a mesma não se constitui como prática padronizada nos cuidados de saúde, existindo diferentes barreiras à sua implementação (Melnik et al., 2017). Algumas destas barreiras são intrínsecas aos próprios profissionais de saúde (falta de conhecimentos e habilidades em PBE, percepção errada de que consome muito tempo, resistência à mudança) e outras atribuídas às organizações, nomeadamente a falta de cultura e ambientes promotores da PBE e políticas organizacionais desatualizadas (Melnik et al., 2017).

Estes são apenas alguns dos aspetos que contribuem para o desfasamento, de vários anos, verificado entre a produção do conhecimento e a sua integração na prática clínica, podendo mesmo em algumas situações ultrapassar largamente uma década (Morris et al., 2011), sendo que menos de 50% das inovações clínicas chegam a ser implementadas na prática clínica (Bauer & Kirchner, 2020). Existem outros aspetos que contribuem igualmente para tornar este processo complexo: o volume crescente de evidência que vai sendo produzida, o tempo necessário para a identificar e analisar, a facilidade de acesso, bem como as habilidades necessárias para avaliar a qualidade dessa evidência (Camargo et al., 2018; Curtis et al., 2017).

A PBE parte sempre de uma indagação inicial que despoleta todo o processo de pesquisa, síntese e integração da evidência na prática clínica (Melnik et al., 2017). A translação dessa evidência para a prática é complexa e difícil; mudar práticas exige um esforço considerável, quer ao nível individual, quer ao nível organizacional, para se alcançar com sucesso a sua utilização em contextos clínicos específicos (Hoesing, 2016). No entanto, existem poucas orientações claras sobre como diretrizes clínicas podem ser implementadas com sucesso nos contextos de prática clínica, para além de que a sua implementação é inconsistente ao longo da literatura (Flodgren et al., 2016; Kredt et al., 2016).

Ao estudo dos métodos para promover a translação sistemática dos achados da investigação e outras práticas baseadas na evidência na rotina da prática clínica é denominada por *implementation science* (Damschroder et al., 2009). A ciência da

implementação⁹ emergiu de sucessivas avaliações realizadas nas décadas de 60 e 70 nos Estados Unidos na tentativa de compreender os problemas de implementação de iniciativas desta natureza (Lobb & Colditz, 2013). A ciência da implementação foca-se assim na implementação da evidência na prática clínica nos serviços de saúde e no desenvolvimento das políticas de saúde, no sentido de melhorar a qualidade e efetividade dos serviços de saúde e dos cuidados prestados (Damschroder et al., 2009; Nilsen, 2015).

Numa revisão de revisões sistemáticas do *Effective Practice and Organisation of Care* – grupo de revisão da Cochrane (Cochrane Review Groups, 2020) - realizada por Grimshaw et al., (2012), foram identificados os efeitos de estratégias de implementação de evidência (não específico para diretrizes clínicas), tais como medidas educacionais (formação contínua, utilização de materiais educacionais impressos e visitas educacionais de peritos externos à organização), auditoria e *feedback*, opinião de líderes e intervenções desenhadas à medida dos determinantes da prática, que resultaram numa melhoria absoluta nos cuidados de 4,3-12%. A utilização destas estratégias, isoladamente ou combinadas, resultou em pequena a moderada melhoria na implementação de evidência. Esta revisão mantém-se atual uma vez que as revisões nela incluídas se mantêm inalteradas (Forsetlund et al., 2009; Giguère et al., 2012; Ivers et al., 2012; O'Brien et al., 2007), havendo uma atualização à revisão sistemática sobre as intervenções desenhadas à medida dos determinantes da prática (Baker et al., 2015) e uma atualização à revisão sobre a utilização de materiais educacionais impressos (Giguère et al., 2020) mas que não alteram as conclusões das anteriores.

Uma revisão sistemática da literatura mais recente do grupo de revisão da Cochrane *Effective Practice and Organisation of Care* analisou a eficácia de ferramentas desenvolvidas e disseminadas pelos produtores de diretrizes clínicas que acompanham ou se seguem ao desenvolvimento de diretrizes clínicas para promover a sua aceitação e implementação, como por exemplo materiais educacionais, concluindo que a evidência existente sugere que utilização de tais ferramentas melhora a adesão às diretrizes clínicas por parte dos profissionais (Flodgren et al., 2016).

Neste contexto, para além das estratégias acima identificadas, e perspetivando os roteiros clínicos como ferramentas de melhoria contínua da qualidade (Lawal et al., 2016; Rotter et al., 2010), a translação da evidência para os contextos de prática clínica poderá também beneficiar da utilização de roteiros clínicos (RC).

⁹ Tradução livre da autora de *implementation science*.

O RC providencia a ligação entre a melhor evidência científica disponível e a prática clínica (Rotter et al., 2010), sendo que são definidos pelos seguintes critérios: 1) o instrumento está estruturado como um plano multidisciplinar; 2) tem o propósito de transpor para um contexto clínico específico as orientações clínicas ou melhor evidência disponível; 3) o instrumento pormenoriza o percurso terapêutico sob a forma de um plano, algoritmo, orientação, protocolo ou outro tipo de “inventário de ações”, e; 4) o instrumento visa padronizar os cuidados para uma população específica (Lawal et al., 2016). Em suma, o RC permite aproximar a evidência do local da ação (da prática).

Perante o exposto, a estratégia de integração e apropriação de uma cultura de PBE, interpretado à luz dos referenciais da profissão, pode ser desenvolvida no respaldo de um projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem (PMCQCE) (Ordem dos Enfermeiros, 2013).

No esteio da reconhecida necessidade de implementação de sistemas de qualidade, a Ordem dos Enfermeiros definiu, em 2001, o quadro de referência para o exercício profissional dos enfermeiros: os PQCE (Ordem dos Enfermeiros, 2012). Os PQCE constituem-se como uma matriz concetual que estrutura e orienta o exercício profissional do enfermeiro, que proporciona uma orientação clara para a profissão, profissionais e instituições de saúde, explicitando a visão estratégica da profissão sobre a excelência do exercício profissional, sendo um instrumento que explicita o papel do enfermeiro junto da pessoa, outros profissionais, população e políticos (Ordem dos Enfermeiros, 2012).

A qualidade é, neste contexto, assumida como uma tarefa multiprofissional, com aplicação local, reforçando que não bastará aprovar projetos de qualidade, “as instituições devem comprometer-se a criar um ambiente favorável à sua implementação e consolidação, de forma a que os projeto de qualidade se tornem parte da rotina, em vez de entrarem em conflito com ela” (Ordem dos Enfermeiros, 2012, p. 7).

Os PMCQCE, no contexto do PQCE, partem da identificação de um problema, interpretado como uma oportunidade de melhoria (Ordem dos Enfermeiros, 2013). Seguidamente, o desenvolvimento do projeto assenta no ciclo da gestão da qualidade, suportado no ciclo de Deming (Deming, 2000), que pressupõe diferentes etapas (figura 12): identificação, compreensão e dimensionamento do problema, compreensão das causas, definição de objetivos, o planeamento e execução de atividades, verificação dos resultados, padronização e treino da equipa e, finalmente, a partilha do sucesso (Ordem dos Enfermeiros, 2013).

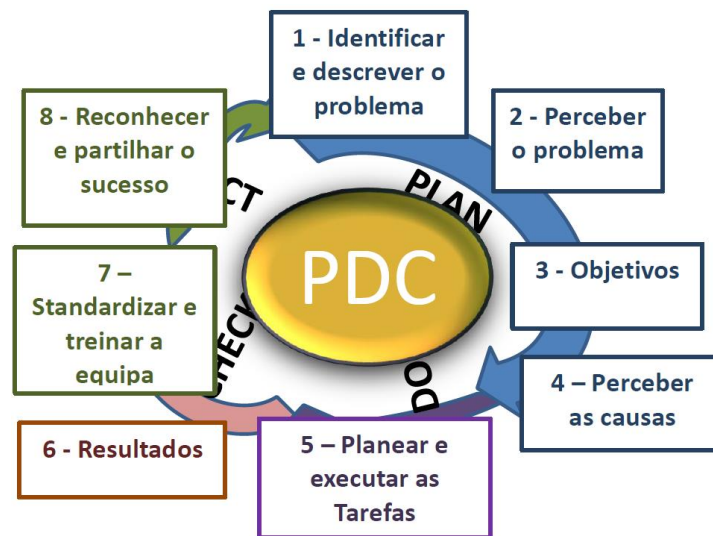


Figura 12 - Fases dos PMCQCE¹⁰

Por sua vez, a implementação de projetos de mudança para a implementação da PBE pressupõe igualmente diferentes passos, nomeadamente: a identificação do problema, avaliação da prática corrente, identificação e avaliação da evidência disponível, desenvolvimento e implementação de recomendações, medição e análise dos resultados, disseminação do projeto e, finalmente, a celebração do sucesso (Melnik et al., 2017).

Independentemente da perspetiva de análise, são evidentes os pontos comuns entre cada uma destas metodologias, cujo objetivo é o de aumentar a qualidade dos cuidados prestados à pessoa, família e comunidade.

Integrando as duas perspetivas, da ciência de enfermagem e da enfermagem enquanto profissão, a implementação de diretrizes clínicas poderá sempre ser perspectivada como o resultado de um processo que começa com uma questão clínica/de investigação e que culmina com a apropriação no contexto de prática clínica da evidência, suportado por um percurso de procura e síntese da evidência, que depois se traduzem na construção de instrumentos que agilizam a transposição da evidência para a ação, contribuindo assim para a melhoria da qualidade dos cuidados (figura 13).

¹⁰ Ordem dos Enfermeiros (2013)

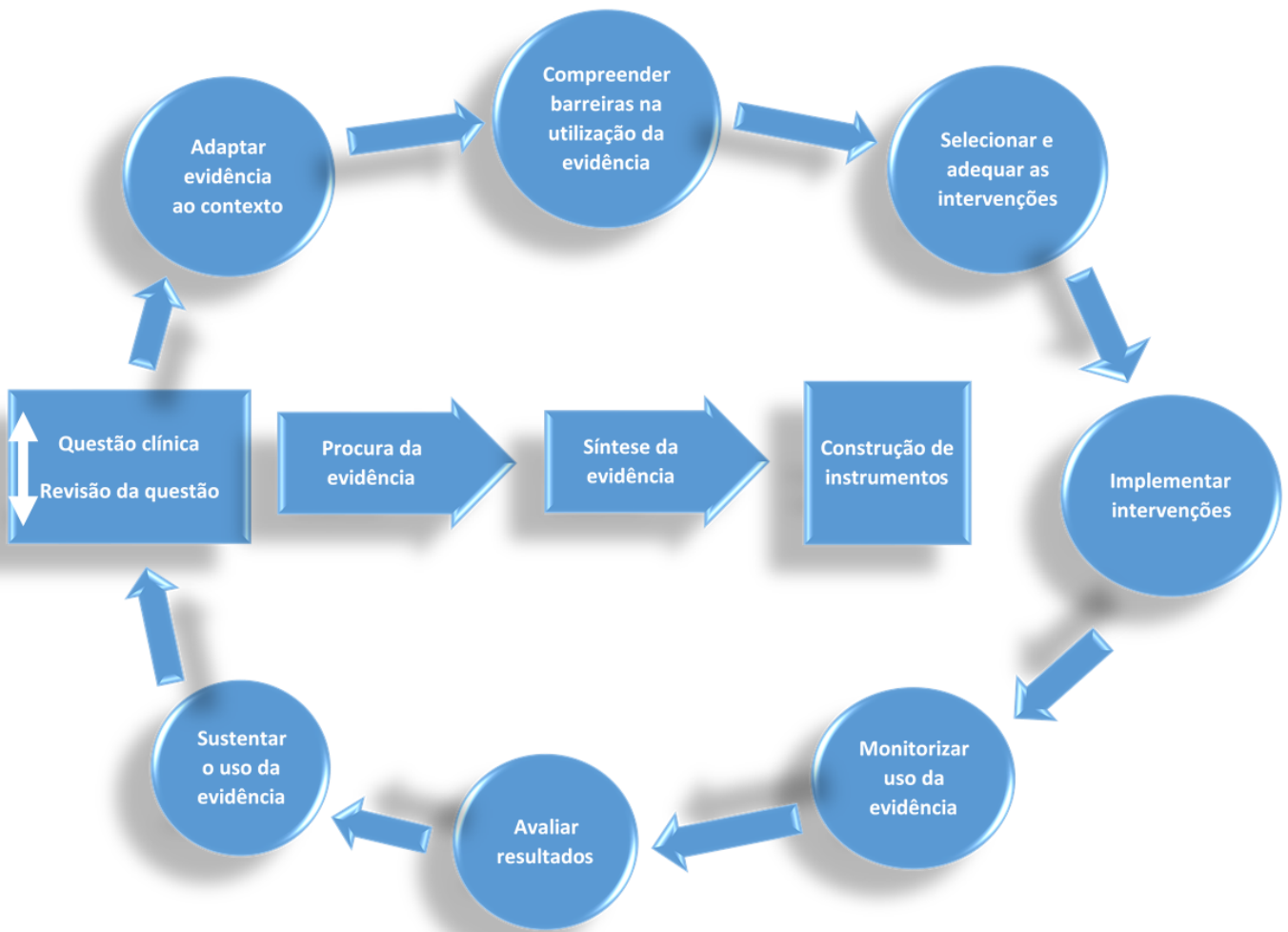


Figura 13- Da evidência à ação¹¹

A implementação de diretrizes clínicas exige frequentemente mudanças comportamentais nos profissionais de saúde e para que tais mudanças sejam bem-sucedidas é prioritário ter em atenção o contexto clínico onde se pretende que sejam implementadas (Grimshaw et al., 2012; Hoensing, 2016; Kredo et al., 2016).

Assim, o desafio que se coloca à disciplina e profissão de enfermagem, aos enfermeiros, e de modo mais alargado, aos sistemas de saúde, é o desenvolvimento de intervenções que incorporem a melhor evidência disponível e que sejam ajustados aos contextos de prática clínica e à população alvo. A sistematização das intervenções dos enfermeiros, assente na melhor evidência disponível depende, em grande medida, do envolvimento e participação dos profissionais dos contextos de prática clínica, pelo que o desenvolvimento

¹¹ Adaptado de Graham et al. (2006)

de modelos de abordagem e intervenção terapêutica poderá beneficiar dos resultados que desponhem da investigação ação.

A Organização Mundial da Saúde defende que com os enfermeiros na linha da frente dos cuidados de saúde mais do que quaisquer outros profissionais, a investigação liderada por enfermeiros é progressivamente reconhecida como um caminho importante para, de forma prática, efetiva e custo-efetiva, reduzir o erro, reduzir gastos desnecessários e melhorar resultados em saúde para as pessoas (World Health Organization, 2013).

2. QUESTÃO NORTEADORA DA INVESTIGAÇÃO, FINALIDADE E OBJETIVOS DO ESTUDO

Assume-se, perante a evidência já descrita, que uma abordagem progressivamente sistematizada à pessoa com deglutição comprometida, sustentada na melhor evidência disponível, terá impacto nos resultados em saúde, quer objetivando a pessoa com um processo corporal específico comprometido (deglutição), quer perspetivando a facilitação na transição saúde/doença e situacional que a pessoa vivencia, bem como a transição que simultaneamente ocorre com o cuidador/familiar.

Neste contexto emerge uma questão de investigação:

- ✓ Qual o impacto de uma intervenção desenhada à medida de um contexto específico para a transposição dessa evidência?

A resposta a esta questão de investigação levou um percurso de investigação cuja finalidade foi o de promover a translação para a prática clínica da melhor evidência científica disponível para a abordagem à pessoa com deglutição comprometida após o AVC, contribuindo assim para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem. O estudo desenvolvido, assinalado na figura 14, pretendeu dar resposta às questões de investigação formuladas.

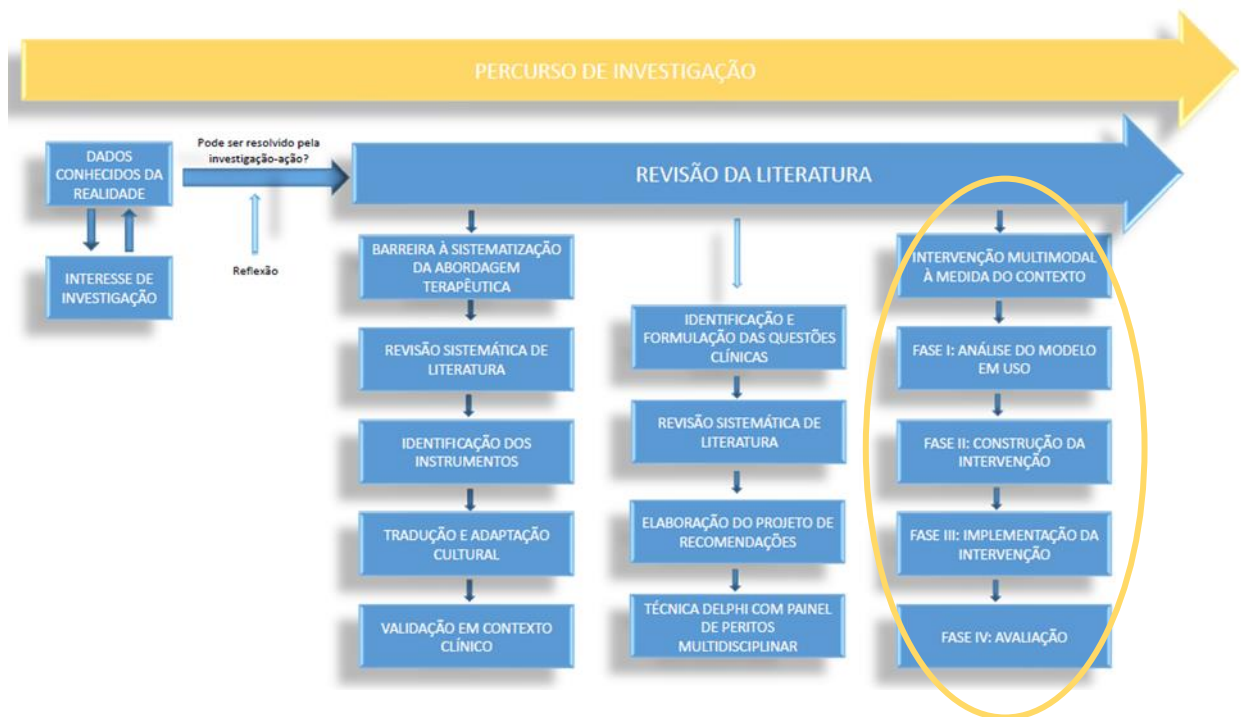


Figura 14 - Percurso de investigação – terceira etapa

A complexidade deste percurso levou a um caminho multi-etápico, cujas primeiras partes foram já anteriormente relatadas, e uma última parte orientada pelo objetivo de conceber e implementar, com base em recomendações clínicas validadas por peritos, numa intervenção multimodal desenhada à medida do contexto, estratégias para a implementação da evidência na prática clínica direcionada à pessoa com deglutição comprometida após AVC, para o serviço de Reabilitação Geral de Adultos do Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro.

Não existe um único percurso para toda a investigação. Investigar é viajar na procura de conhecimento e, geralmente, quando se inicia esta viagem não se sabe onde se chegará, mas sabe-se sempre de onde se parte. O enquadramento apresentado e as questões de investigação estabeleceram o ponto de partida para este percurso de investigação.

Todo o percurso de investigação determina escolhas do ponto de vista metodológico, tidas, nesse momento, como as mais adequadas. Apesar disso, num olhar retrospectivo, nem sempre essas escolhas outorgam achados novos. No entanto, estas tentativas, com avanços e retrocessos, contribuem igualmente para a procura do conhecimento. Os investigadores que se seguirem saberão, por experiência de outrem, se este é ou não o melhor percurso de investigação. E é por isso que, em ciência, o processo é tão importante como o resultado. É disso que se trata a seguir.

3. MÉTODO

Enformado pela questão de investigação e considerando as diferentes dimensões e perspectivas elencadas no enquadramento, foi traçado um caminho tido como o mais apropriado para responder ao objetivo deste estudo.

A escolha da metodologia usada para a obtenção do conhecimento sobre o mundo depende em grande medida na relação que o investigador estabelece com a realidade, ie, a medida em que o mundo é compreendido tal como ele é ou, não se pressupondo que seja possível apreender em pleno a realidade, a compreensão de que o mundo resulta das experiências partilhadas e relações estabelecidas entre o investigador e os participantes (Charmaz, 2006; Lessard-Hébert et al., 2013; Streubert & Carpenter, 2013). Esta é, de alguma forma, uma questão ontológica, uma vez que diz respeito à questão do ser. Se o investigador acreditar que conhecimento é o resultado de um processo dialógico entre o eu e o que é encontrado, compreende-se que a aquisição da realidade se reveste da subjetividade inerente a essas experiências e relações uma vez que, tal como no diz Lessard-Hébert et al., “os factos sociais não são coisas, mas sim interpretações criadas pelos seres humanos relativamente às coisas, aos outros seres humanos e às relações entre estes últimos” (2013, p. 46).

Daqui resulta que a procura do conhecimento apenas se torna possível através da interação social (Streubert & Carpenter, 2013). Por isso, e partindo do pressuposto que o conhecimento está profundamente ligado à representação da realidade e compreendendo a natureza interpretativa da obtenção do conhecimento, o compromisso do investigador com a procura de conhecimento traduz-se numa grande proximidade e envolvimento entre este e os participantes. Segundo Charmaz (2006), essa combinação de envolvimento e interpretação leva o investigador ao próximo passo: o ponto final da jornada surge de onde começa, para onde vai e com quem interage, o que vê e ouve e como aprende e pensa.

Esta perspetiva enquadra-se numa visão epistemológica construtivista que reconhece e valoriza a subjetividade da procura do conhecimento e fundamenta a escolha de um paradigma qualitativo para a sustentação deste percurso de investigação, considerando que a investigação qualitativa consiste essencialmente “...em estudar e em interagir com as pessoas no seu terreno, através da sua linguagem, sem recorrer a um distanciamento que levaria ao emprego de formas simbólicas estranhas ao seu meio” (Gauthier, 1987, tal como citado em Lessard-Hébert et al., 2013, p. 47).

Por isso, é importante clarificar desde cedo qual a moldura concetual assumida pela investigadora. Esta assume um compromisso de compreender o fenómeno em estudo através dos olhos dos participantes, recorrendo a múltiplos modos de compreensão para alcançar o(s) significado(s) dessa realidade. Isto significa também que a investigadora reconhece a sua participação na investigação e reconhece que a investigação afeta, de alguma forma, os participantes. O rigor da investigação qualitativa advém, sobretudo, do reconhecimento pelos participantes da experiência relatada como sendo sua (Streubert & Carpenter, 2013). No entanto, a investigação qualitativa, sendo essencialmente interpretativa, não se opõe em absoluto a uma abordagem quantitativa pois situação haverá em que a mesma se presta também à necessidade de quantificação (Lessard-Hébert et al., 2013).

Foi este o paradigma que orientou a investigadora, reconhecendo e aceitando a subjetividade intrínseca a este percurso de investigação e colocando a subjetividade “...num contexto que permita o pleno exame do efeito da mesma no desempenho da investigação e na descrição do fenómeno em estudo” (Streubert & Carpenter, 2013, p. 12).

3. 1 Desenho do estudo

Uma vez enquadrado este estudo do ponto de vista do paradigma que o sustenta, importa agora pormenorizar os seus métodos. Neste contexto, a metodologia considerada como mais apropriada para responder aos objetivos, face ao estado da arte, foi a investigação ação (IA) e que adiante se fundamenta. A IA tem sido amplamente utilizada na área da saúde como uma alternativa consistente que se afasta das metodologias derivadas do positivismo (Cordeiro & Soares, 2018; Thiollent, 2011).

É atribuído a Kurt Lewis, na década de 40, a origem da IA. O termo foi intencionalmente utilizado para adjetivar uma investigação dirigida a um problema social que envolve um grupo de pessoas que, coletivamente, participam num processo de aprendizagem que suporta a mudança no seu contexto social (Glassman et al., 2013).

A forma como a IA tem sido implementada em contextos específicos tem promovido o aparecimento de diferentes modelos de abordagem que enaltecem uma visão democrática da interação humana (Cordeiro & Soares, 2016).

Não existe “uma” IA, existem várias abordagens que partilham, no entanto, os mesmos princípios: a existência de um problema das organizações/grupos; baseia-se na dinâmica de pequenos grupos; o trabalho de investigação é dirigido para o desenvolvimento de uma

ação; a existência de um foco nos membros da comunidade/grupo como agentes primários da mudança; a mudança acontece pelo desenvolvimento de novos processos de resolução de problemas (Glassman et al., 2013).

Esta diversidade de abordagens, sustentada nestes princípios agregadores, tem permitido a sua ampla utilização na investigação na área da saúde, e concretamente da enfermagem, levando a que investigadores considerem que a metodologia da IA seja facilitadora da utilização dos seus resultados pelos profissionais de saúde e gestores, fazendo com que esta seja a metodologia mais apropriada para uma implementação significativa, pelos profissionais de saúde, de cuidados de saúde baseados na evidência (Casey et al., 2018; Cordeiro & Soares, 2016; Hegney & Francis, 2015).

O objetivo da IA é, assim, o de obter soluções significativas aplicáveis a contextos específicos da prática, (Coghlan, 2016; Streubert & Carpenter, 2013), sendo o encontro da ação com a investigação, ou seja, o encontro da prática com a teoria, que deve ser orientado e informado num enquadramento teórico apropriado ao interesse do investigador e ao contexto onde o estudo se desenvolve (McKay & Marshall, 2002).

Em suma, a IA distingue-se, acima de tudo, pelo facto de que é restrita ao contexto do estudo, delimitada pela ética da prática, enquanto se vai progredindo no que está a ser investigado e permite a investigadores e participantes encontrarem e desenvolverem estratégias mais eficientes para a resolução dos problemas que experienciam, com base numa ação transformadora (Streubert & Carpenter, 2013). Esta é uma característica que distancia esta metodologia de outras inseridas num paradigma mais positivista, tidas como convencionais.

Neste contexto, segundo McKay e Marshall (2002), existem dois sentidos para a IA: por um lado a seu foco na resolução de um problema do mundo real, com o objetivo de melhorar a prática; por outro lado, o foco na investigação e no desenvolvimento ou aprofundamento do conhecimento, permitindo aceder a novas perspetivas ou gerando novo conhecimento numa área em particular.

Estes autores referem que existem duas formas de abordagem à IA: numa delas o interesse de investigação precede e, muito provavelmente, inicia a procura pela ocorrência de um problema do mundo real ou; a oportunidade de resolução de um problema inicia ou molda o interesse de investigação. No caso em concreto deste percurso de investigação, a abordagem surge da oportunidade de resolução de um problema e que iniciou todo este percurso de investigação (figura 15).

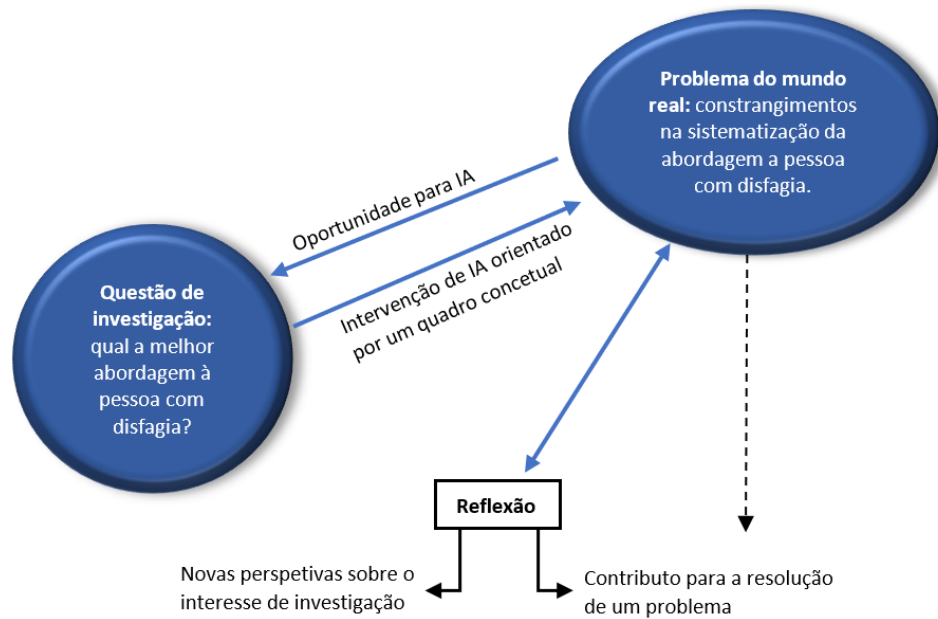


Figura 15 - Abordagem à IA¹²

McKay e Marshall (2002) tornam operativa a metodologia de investigação ação, propondo um modelo procedimental para o seu desenvolvimento. De acordo com estes autores são três os elementos que suportam e orientam na implementação da IA.

O primeiro é o reconhecimento da IA como dois ciclos interconectados: um deles com um foco na investigação e outro com um foco na resolução de problemas, dando especial enfoque à adoção desta visão de um ciclo dual da prática e da teoria. Efetivamente, a visão da IA como um ciclo de planeamento, ação, observação e reflexão, que se perpetua até investigadores e participantes estarem satisfeitos com os resultados, tem sido descrita por outros autores (Coghlan & Shani, 2017; Streubert & Carpenter, 2013), mas McKay e Marshall (2002) pretendem deixar explícita a dupla vertente da IA através da sua representação, tornando evidente o duplo contributo da IA.

O segundo é a existência de um enquadramento que realça a qualidade e o rigor da investigação, expressos pela transparência do processo, pela justificação apropriada para a escolha desta metodologia e a existência de um significado concetual e prático para a investigação, quer pelo desenvolvimento do corpo de conhecimento numa determinada área, quer pela melhoria efetiva de uma situação real problemática.

¹² Adaptado de McKay & Marshall (2002)

Por último, o terceiro elemento proposto por estes autores destinado a melhorar a IA é um modelo procedimental, concebido para proporcionar aos investigadores orientações e uma ilustração clara de como o processo de IA deve ser conduzido (figura 16).

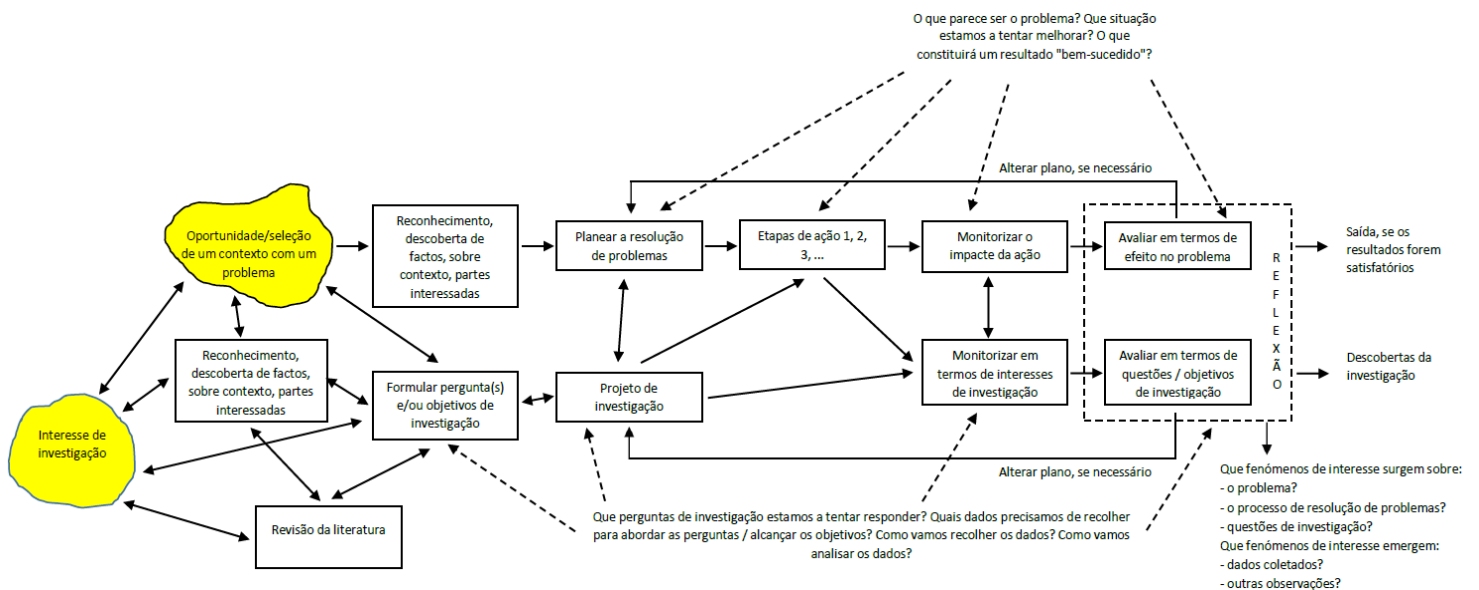


Figura 16 - Modelo procedimental IA¹³

McKay e Marshal (2002) acrescentam que este modelo é passível de variações, reconhecendo que a “vida real” raramente é tão organizada e previsível ou sequer passível de tal compartimentalização. Deve ser encarado, acima de tudo, como uma ferramenta que ajuda o investigador a estruturar o pensamento, ie, uma ferramenta de apoio ao processo de tomada de decisão durante a investigação. A este propósito Padilha (2013, p. 75) refere que a proposta destes autores “permitiu agregar rigor metodológico à IA, assegurando-lhe maior respeitabilidade e aceitabilidade pela comunidade científica”, sendo que foi este o modelo adotado para este percurso de IA e que orientou e suportou o processo de tomada de decisão da investigadora.

Assim, revisitando o enquadramento, partimos de um problema real - traduzido na necessidade de sistematização da abordagem terapêutica à pessoa com deglutição comprometida após AVC - que despoletou uma área de interesse de investigação, pela necessidade de enquadramento apropriado e síntese da evidência, impulsionado pelo imperativo da promoção da PBE e da necessidade de transposição da evidência para a prática, tudo isto enformado, na perspetiva da profissão, nos PCQE.

¹³ Adaptado de McKay & Marshall (2002)

Partindo destas questões, desenvolvemos um percurso de investigação (figura 17) que assenta no pressuposto que a qualidade dos cuidados de enfermagem está dependente do contexto em que as ações se desenvolvem, sendo que as mesmas deverão fazer sentido e serem suscetíveis de produzir efeitos sobre o contexto que se pretende transformar.

Este percurso é assim composto por diferentes fases sequenciais que seguidamente se descrevem.

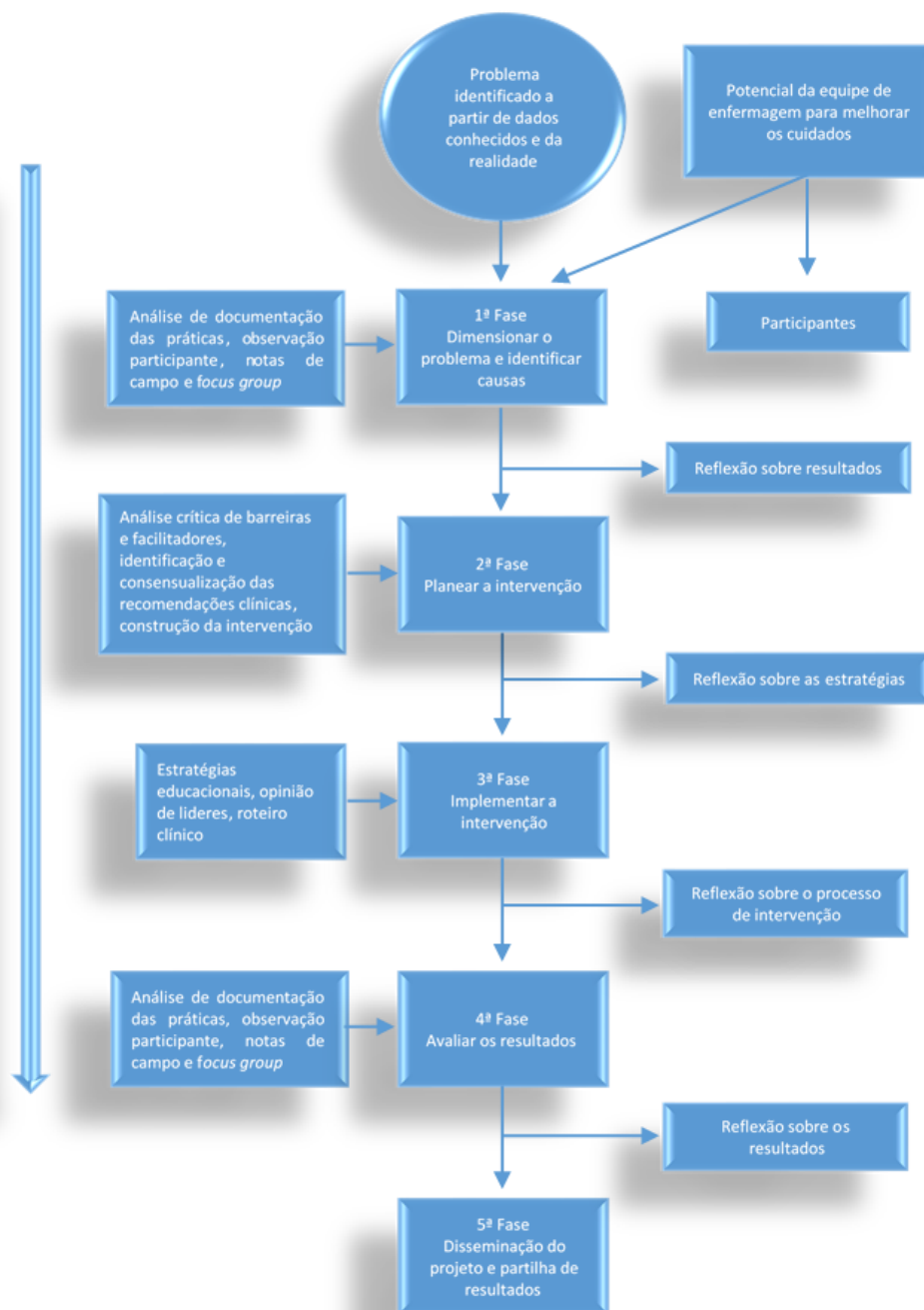


Figura 17 - Desenho do estudo de IA

A primeira fase beneficiou e apropriou-se do extenso trabalho de pesquisa já realizado. Também o estudo realizado paralelamente com os enfermeiros que procederam à recolha de dados nas UAVC, contribuiu significativamente para contextualizar a realidade portuguesa (Oliveira, Couto & Mota, 2020).

Este enquadramento, associado ao profundo conhecimento do contexto, permitiu refinar a questão de investigação, seus objetivos e o desenho do estudo, respondendo assim a uma questão fundamental nesta fase: se a IA é efetivamente o veículo apropriado para a prossecução dos objetivos de investigação. A esta reflexão inicial McKay e Marshal (2002) denominam de fase de “aquecimento”, referindo que o refinamento da questão de investigação e o desenho do estudo emergem da complexidade das interações que se estabelece entre uma série de considerações: éticas, conceituais, contextuais e metodológicas.

Existem vários modelos de transposição da evidência para a prática, derivados de diferentes pontos de vista disciplinares, contextuais (isto é, contextos de prática clínica) e público-alvo, no entanto, a maior parte deles sugere que este processo será provavelmente melhor sucedido se a escolha da estratégia for informada por uma avaliação das prováveis barreiras e facilitadores (Grimshaw et al., 2012).

Assim, importou efetivamente, em primeiro lugar, dimensionar o problema e identificar as causas/constrangimentos para a insuficiente sistematização das práticas no contexto onde este estudo se desenvolveu e identificar os facilitadores para a mudança. Mas, antes disso, foi importante o trabalho prévio de preparação do contexto para o desenvolvimento do estudo e que implicou a realização de várias reuniões com a presidente do Conselho de Administração da instituição, com a Direção de Enfermagem, com a Direção Clínica, com as equipas de enfermagem, médica e de terapêutica da fala do serviço e com a Comissão de Ética para a Saúde, não só para explicar o propósito e a dinâmica do estudo, mas igualmente para a salvaguarda de todas as questões e particularidades éticas, nomeadamente a obtenção de consentimento informado de todos os participantes.

Estas reuniões decorreram durante os meses de janeiro e fevereiro, concretamente com a presidente do Conselho de Administração da instituição, com a Direção de Enfermagem e a Comissão de Ética para a Saúde, com o propósito de apresentação do estudo e esclarecimento de questões e particularidades éticas. Em março de 2019, foi dado parecer favorável à recolha de dados para a primeira fase do estudo, pelo que se seguiram durante o mês de março e abril reuniões com a Direção Clínica do serviço, com as equipas de enfermagem, médica e de terapêutica da fala com o objetivo de apresentar o estudo, sua dinâmica e objetivos, e esclarecimento de dúvidas relativas à sua implementação. A

autorização para o desenvolvimento das restantes fases e aprovação do estudo pela instituição foi obtido em junho de 2019.

Assim, orientaram esta primeira fase dois objetivos: compreender como os enfermeiros concetualizam os cuidados de enfermagem à pessoa com deglutição comprometida após AVC e identificar as oportunidades de melhoria que emergem do contexto e barreiras à mudança.

Os enfermeiros não “vivem” sozinhos nos serviços de saúde, pelo que a compreensão generalizada do projeto era relevante para o sucesso do mesmo. Assumindo-se este percurso de investigação como uma ação transformadora, não é legítimo aspirar a mudança sem o envolvimento de todos os profissionais que direta ou indiretamente sejam implicados nela.

Perspetivando este percurso de IA, do ponto de vista do contexto, como um PMQCE enquadrado no enunciado descritivo “A organização dos cuidados de enfermagem” dos PQCE, foi adotada a visão de um processo de mudança organizacional. Neste contexto, era importante encontrar estratégias promotoras do compromisso e envolvimento dos participantes com vista a concretizar a mudança. Para isso recorreu-se à utilização dos passos propostos por Kotter (2009) para orientar o processo de mudança (figura 18).



Figura 18 - Passos para a mudança¹⁴

¹⁴ Adaptado de Kotter (2009)

Nesta fase foi fundamental a parceria estabelecida com o enfermeiro gestor do serviço, que para além de ter aceite de forma entusiástica o desafio desde a primeira hora, teve um papel fulcral enquanto facilitador e elemento de ligação entre a investigadora e os profissionais não diretamente implicados no estudo, bem como na identificação dos profissionais para constituir uma “poderosa coligação orientadora” da mudança.

Esta estratégia, denominada de liderança de opinião informal, traduz-se na capacidade que um indivíduo tem de influenciar as atitudes e comportamentos dos outros informalmente, num sentido desejado e com uma frequência relativa: a sua influência é uma função do respeito dos seus pares (Flodgren et al., 2019). Esta liderança informal não está relacionada com a função ou estatuto que o indivíduo formalmente ocupa, é conquistada e mantida pelas competências técnicas, acessibilidade social e conformidade com as normas do sistema. No entanto, a sua característica mais relevante é a sua influência e posição únicas na estrutura de comunicação: ele está no centro da rede de comunicação interpessoal, estabelecendo fluxos de informação que fazem a conexão entre as pessoas (Flodgren et al., 2019). Esta estratégia tem sido explorada em diferentes disciplinas, incluindo a enfermagem (Middleton et al., 2011). Conhecendo profundamente a equipa de enfermagem e tendo compreendido a dinâmica deste percurso de investigação, permitiu ao enfermeiro gestor identificar os profissionais que melhor se adequaram ao perfil exigido para este projeto.

Durante a segunda fase foram planeadas as atividades e delineadas as estratégias tidas como mais adequadas para o sucesso da mudança. Esta fase, muito influenciada pelos resultados obtidos durante a primeira fase, permitiu desenvolver uma intervenção multimodal à medida do contexto, direcionada aos determinantes da prática identificados, incluindo a construção de um instrumento de suporte e orientação para a implementação da evidência: um roteiro clínico. Este roteiro clínico, e toda a intervenção, foram alicerçados na evidência que foi sendo identificada através de revisão sistemática desde o início do estudo e que foi depois consensualizada através de um painel de peritos, resultando num conjunto de recomendações clínicas para a abordagem terapêutica à pessoa com deglutição comprometida após AVC apropriados ao contexto português e cuja metodologia e resultados foram já explicitados anteriormente.

Foi a partir daqui que a intervenção foi construída, assimilando as oportunidades de melhoria identificadas *in loco*, tendo sido desenhadas, em estreita parceria com o grupo para a mudança, as atividades e estratégias de ação, focadas na melhoria dos processos do ponto de vista da conceção e da organização dos cuidados de enfermagem.

Esta fase foi então orientada por dois objetivos: construir uma intervenção ajustada às especificidades do contexto do estudo, para a abordagem terapêutica à pessoa com deglutição comprometida após AVC e planejar de forma integrada a implementação dessa intervenção. Coincidiu com esta fase a conclusão do processo de consensualização das recomendações clínicas.

A terceira fase consistiu na implementação da intervenção, num contexto integrado de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem que envolveu diferentes atividades e estratégias, sendo este o objetivo concreto nesta fase.

A quarta fase teve como principal propósito avaliar o impacto da implementação do PMCQCE na conceção e organização dos cuidados de enfermagem e a introdução de eventuais medidas corretivas. Desta fase, e dando resposta à dualidade inerente à metodologia de IA, devem emergir duas vertentes: uma do ponto de vista da investigação, pela medida do contributo desta metodologia para a transposição da evidência para a prática; e do ponto de vista prático, pelo contributo do PMCQCE para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, materializado na melhoria dos processos de conceção e organização dos cuidados.

A quinta e última fase, aludindo expressamente à última fase dos PMCQCE (Ordem dos Enfermeiros, 2013) e da implementação de projetos de mudança para a implementação da PBE (Melnik et al., 2017) objetivou a celebração do sucesso e a partilha dos resultados, primeiro internamente ao serviço e instituição e, posteriormente, à comunidade científica. A última fase dos PMCQCE está alinhada com os princípios da investigação tendo em conta que é demonstrativo de falta de ética a realização de pesquisa sem a disseminação dos resultados. Apesar de existir um viés de apenas publicar resultados positivos, é igualmente importante publicar resultados negativos ou equívocos evitando assim submeter os participantes a riscos desnecessários (Matosin et al., 2014).

3. 2 Contexto do estudo

O Centro de Medicina Física da Região Centro – Rovisco Pais (CMRRC-RP) é uma unidade de prestação de cuidados diferenciados no âmbito da reabilitação, tendo como área de influência todos os distritos da região centro do país (Decreto-Lei n.º 203/96). É composto por três unidades de internamento: Serviço de Lesionados Medulares, Unidade de Ex-Hansenianos e o Serviço de Reabilitação Geral de Adultos (SRGA), este último especialmente vocacionado para pessoas a vivenciar sequelas de processos saúde/doença como o AVC. A instituição integra igualmente uma Unidade de Cuidados

Continuados Integrados de Convalescença especificamente direcionada para pessoas pós-AVC e pós-cirurgia do aparelho locomotor.

Dentro da instituição, o serviço pelo qual se optou para desenvolver o estudo foi o SRGA, pois à data do início deste estudo este serviço era centro de referência para reabilitação precoce, no contexto da Via Verde AVC (Direção-Geral da Saúde, 2017a), o que se traduzia por uma percentagem significativa de internamentos de pessoas em fase subaguda pós-AVC (até sete dias após instalação de sintomas). Esta especificidade criou o contexto ideal para o desenvolvimento do estudo. Contribuiu igualmente para esta decisão o facto de os enfermeiros do serviço terem desde cedo manifestado interesse e vontade em participar no estudo, reconhecendo a mais-valia do projeto para os profissionais e clientes, durante todos os contactos que foram sendo estabelecidos pela investigadora previamente. Foi, por diversas vezes, referido pelos próprios profissionais o facto de a investigação na área de enfermagem ser residual e existir vontade expressa de todos, incluindo a Direção de Enfermagem, de dar um impulso à investigação na instituição.

Este serviço dispõe de 50 camas, distribuídas por dois pisos, e constituída por uma equipa de vinte enfermeiros, duas terapeutas da fala e quatro médicos.

A equipa de enfermagem manteve-se estável durante todo o percurso de investigação, sendo que todos consentiram à participação neste estudo. Quanto à caracterização da equipa de referir que eram maioritariamente do sexo feminino ($n=15$), correspondendo a 75% dos profissionais. A idade média era de $36,7 \pm 6,2$ anos (mínimo de 28 e máximo de 52), a média de tempo de serviço de $12,9 \pm 6,5$ anos (mínimo de cinco e máximo de 29) e a média do tempo total em exercício de funções naquele serviço era de $6,9 \pm 5,0$ anos (mínimo de um e máximo de 18). Desta equipa, 45,00% eram enfermeiros especialistas ($n=9$), dos quais dois em Enfermagem Médico-Cirúrgica e sete EEER. Um destes enfermeiros especialistas encontrava-se em funções de gestão. A prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação era assegurada de forma rotativa, todos os dias da semana, entre as 8 horas e as 18 horas, por todos os EEER.

É desta equipa que emerge o grupo para a mudança. Foi constituído por cinco enfermeiros, dois do sexo masculino e três do sexo feminino, com uma média de idade de $36,6 \pm 8,7$ anos (mínimo de 31 e máximo de 52), uma média de tempo de serviço de $13,8 \pm 8,5$ anos (mínimo de 9 e máximo de 29) e uma média de tempo de exercício de funções naquele serviço de $10,2 \pm 4,4$ anos (mínimo de 5 e máximo de 17 anos). Destes, três eram EEER, com exercício de funções como enfermeiro especialista.

3. 3 Estratégia de recolha e tratamento de dados

Dada a sua natureza dinâmica da IA, a colheita de dados foi realizada de modo amplo e compreensivo, usando diferentes técnicas de recolha de dados. O uso de diferentes métodos de recolha de dados permite alcançar uma representação mais precisa da realidade (Polit & Beck, 2011). Assim, a recolha de dados na primeira fase foi orientada para construir uma Teoria Fundamentada tal como proposta por Charmaz (2006) com recurso a duas técnicas de recolha de dados - o *focus group* e a observação participantes, complementados pelas notas de campo. Para além destas duas técnicas de recolha de dados, foi também realizada a análise da documentação de enfermagem.

A Teoria Fundamentada é derivada da experiência do mundo real, sendo por isso um método particularmente apropriado para a pesquisa em enfermagem uma vez que ajuda os enfermeiros a entender, desenvolver e utilizar esse conhecimento do mundo real na resolução de problemas (Nathaniel & Andrews, 2007). Neste percurso de investigação, em concreto, os pressupostos e metodologia para a construção de uma Teoria Fundamentada mostraram-se particularmente vantajosos para a compreensão mais aprofundada sobre a forma como os enfermeiros concetualizam os cuidados de enfermagem. Neste sentido importou escolher uma metodologia que orientasse a análise e tratamento dos dados. Ao decidir por uma abordagem o investigador deve ser conhecedor das diferentes abordagens e, dentro delas, encontrar a mais apropriada à sua investigação, ao tema e à sua própria posição perante a investigação (Singh & Estefan, 2018).

Estando este percurso enquadrado num paradigma construtivista, a escolha de uma abordagem enquadrada na mesma perspetiva filosófica será o mais apropriado aos interesses desta investigação. A proposta para a construção de uma Teoria Fundamentada de Charmaz (2006), claramente enquadrada numa perspetiva construtivista, defende múltiplas perspetivas da realidade, o envolvimento do investigador na interpretação da mesma e o contributo, ajudando, que a sua experiência e conhecimentos proporcionam. Uma abordagem construtivista prioriza o fenómeno em estudo e vê os dados e a sua análise como emergentes das experiências partilhadas, das relações entre participantes, entre participantes e investigador e outras fontes de dados (Charmaz, 2006). De acordo com Charmaz (2006, p. 132), a visão construtivista assume um mundo obstinado, no entanto em constante mudança, mas reconhece diversos mundos locais e múltiplas realidades e aborda como as ações das pessoas afetam os seus mundos locais e os mais

alargados. Portanto, aqueles que adotam uma abordagem construtivista pretendem mostrar a complexidade de mundos, visões e ações particulares.

O aspeto interpretativo da abordagem de Charmaz pode beneficiar os investigadores que reconhecem valor e não se podem separar das suas experiências pessoais e profissionais, bem como do conhecimento previamente adquirido que informa a sua pesquisa (Singh & Estefan, 2018), o que se torna explícito na justificação e enquadramento deste percurso de investigação.

A investigadora, enquanto enfermeira especialista em Enfermagem de Reabilitação, muito familiarizada com o contexto do estudo e seus participantes e fortemente influenciada pela sua experiência e conhecimentos prévios, quer da área da regulação profissional, do tema em estudo e das dinâmicas do contexto, desde cedo percebeu que este fenómeno não seria objetivável, porquanto este estava já profundamente enraizado nas suas experiências e prática. E aquilo que numa fase inicial deste percurso foi vivido como um conflito interno entre a investigadora e a enfermeira, progrediu para o abraçar destas duas perspetivas no seio da investigação e de o reconhecer como um importante contributo para todo este percurso. Foi precisamente a perspetiva construtivista obtida a partir da visão de Charmaz que trouxe a valorização da investigadora em todo o processo e que tornou óbvia a escolha pela sua abordagem. Outras abordagens, mais positivistas, não se mostraram viáveis pelo distanciamento que enfatizam do fenómeno em estudo.

Na análise dos dados sob a perspetiva construtivista, o investigador assume uma postura reflexiva sobre o processo e produtos da investigação e tem em consideração como a sua teoria evolui, o que implica refletir sobre o facto de que quer investigador, quer participantes interpretam significados e ações. Os dados e a sua análise são contextualmente colocados num tempo, espaço, cultura e situação. O construtivismo promove a reflexão do investigador sobre as suas próprias interpretações assim como as dos participantes (Charmaz, 2006).

Relativamente ao *focus group*, esta é uma técnica eficaz de recolha de dados que fornece dados que permitem ao investigador obter uma compreensão mais profunda de um fenómeno através da interação dos participantes. Enfatiza a relevância da discussão e a sua contribuição para a compreensão de um tópico de interesse de vários participantes, que possuem alguma característica relevante e comum, ao mesmo tempo que enaltece o papel ativo do investigador na dinamização da discussão (Krueger & Casey, 2015a). É sugerido que o tamanho adequado para a realização de um *focus group* seja de quatro a 12 participantes, com um tamanho ideal entre cinco a dez participantes (Jayasekara, 2012; Krueger & Casey, 2015a).

Os participantes foram recrutados por amostragem intencional para que se enquadrassem no perfil específico necessário para esta investigação (Polit & Beck, 2011). Para isso foi solicitado ao enfermeiro gestor que identificasse, dentro dos profissionais da equipa de enfermagem, aqueles que combinassem um conjunto específico de características. Por um lado, identificar quais os enfermeiros que com mais tempo em funções no serviço se situassem num estágio de proficiente ou perito, considerando que estes profissionais desenvolveram já competências que os habilitam a perceber as situações na sua globalidade, com reflexos na sua capacidade para a tomada de decisão. O perito traduz-se num enfermeiro que tem uma “enorme experiência, compreende de forma intuitiva cada situação e apreende directamente o problema sem se perder num largo leque de soluções e diagnósticos estéreis” (Benner, 2001, p. 58). Assegurou-se assim que quem possui a informação que se pretende recolher e que despolette as discussões mais ricas possíveis fosse incluído. Por outro lado, reunir uma pequena equipa composta por enfermeiros com capacidade de compromisso com o processo de mudança, que tivessem evidenciado pela sua perícia, pelo reconhecimento obtidos dos seus pares como referência para a prática, como sendo capazes de liderar e impulsionar a mudança e influenciar os seus pares (Flodgren et al., 2019; Kotter, 2009).

Assim, todos os *focus group* foram realizados com os enfermeiros seleccionados para constituírem o grupo para a mudança e que foram identificados neste contexto como sendo informantes chave.

Esta técnica de recolha de dados foi utilizada nas diferentes fases do estudo, nos momentos considerados como estratégicos para o seu desenvolvimento. Todos os *focus group* realizados foram previamente preparados orientados pela metodologia proposta por Krueger & Casey (2015b). Para cada um deles foi preparado um roteiro de questões, moderadamente estruturado, que numa fase inicial deste percurso de investigação foi acima de tudo orientado para as questões relacionadas com a conceção dos cuidados de enfermagem. Foi progressivamente evoluindo no sentido de permitir uma reflexão sobre as práticas, as transformações necessárias e as já operadas, aprofundando assim a discussão sobre as oportunidades de melhoria, as barreiras e os facilitadores ao PMQCE. Esta reflexão facilitou a apropriação, por parte dos participantes, das estratégias indispensáveis à implementação da mudança. Na fase final deste percurso, no último *focus group*, a discussão foi sobretudo direccionada para a reflexão sobre o impacto que este percurso teve na qualidade dos cuidados de enfermagem e na organização dos cuidados de enfermagem, bem como a identificação de oportunidades para desenvolvimentos futuros. De facto, é reconhecida, no contexto da investigação em enfermagem e na saúde,

a mais-valia desta técnica na orientação com vista ao desenvolvimento de intervenções e na garantia da sua adequação às necessidades dos seus beneficiários (Jayasekara, 2012).

Todos os *focus group* foram gravados em suporte áudio e posteriormente integralmente transcritos.

Outra das técnicas de recolha de dados utilizada foi a observação participante (Polit & Beck, 2011) sobre as práticas dos enfermeiros inerentes à intervenção terapêutica à pessoa com deglutição comprometida após o AVC, desde a admissão da pessoa até à alta. Foi utilizada uma grelha de registo para a observação participante com a informação sobre (anexo XIII): 1) o ambiente - onde ocorre a atividade e aspetos relevantes do ambiente, 2) os participantes - quem está presente, quais os seus papéis e quem tem acesso, 3) as atividades desenvolvidas - o que está a ser feito, como comunicam e com que frequência, 4) frequência e duração da atividade - quando começa e termina a atividade, com que frequência se repete, 5) processo - como está a atividade organizada e 6) resultados - porquê a atividade está a acontecer dessa maneira, quais os resultados. Estas grelhas foram organizadas por momentos/atividades chave da prestação de cuidados: admissão/avaliação inicial, alimentação, higiene oral, avaliação para reajuste da planificação dos cuidados e preparação para a alta, seguido de um espaço para notas de campo.

A observação participante foi realizada, na primeira fase, por uma estudante do curso de pós-licenciatura de especialização em Enfermagem de Reabilitação durante o seu estágio, profissional da instituição, mas não do serviço e, por isso, parte integrante da dinâmica da prestação de cuidados (Polit & Beck, 2011). Na quarta fase, foi realizada por um dos elementos do grupo para a mudança, como parte integrante do processo de auditoria, tendo esta grelha sido contruída com base na grelha utilizada na primeira fase (anexo XIV). Esta grelha de auditoria compreende 17 itens, 12 deles com foco na documentação da informação clínica e os restantes cinco com foco nas terapêuticas de enfermagem na interação pessoa/cliente. Com a observação participante procuraram-se os aspetos que poderiam não ser explícitos a partir dos dados obtidos no *focus group*. Qualquer um dos momentos de observação participante foi realizado durante o tempo necessário até à saturação por redundância de dados. Paralelamente, foram sendo registadas notas de campo relevantes e complementares aos dados recolhidos quer através do *focus group*, quer da observação participante.

Para além destas duas técnicas de recolha de dados, foi também realizada a análise da documentação de enfermagem. Na instituição, a documentação é realizada no aplicativo informático SClínico® com recurso à linguagem classificada Classificação Internacional

para a Prática de Enfermagem (CIPE®) (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2016), na sua versão beta 2, tendo já sido introduzidos termos das versões mais atuais. A documentação analisada refere-se a pessoas admitidas no serviço com o diagnóstico clínico de AVC e que consentiram ao acesso aos seus processos informatizados.

Para a caracterização sociodemográfica dos participantes do estudo, foi também utilizado um questionário com os seguintes dados: idade, sexo, tempo de exercício na profissão, tempo de exercício no serviço, título profissional (cuidados gerais ou especialista), identificação da especialidade e tempo de exercício em funções de enfermeiro especialista (anexo XV).

No que concerne a análise e tratamento dos dados qualitativos, estes foram realizados por análise de conteúdo de acordo metodologia proposta por Charmaz (2006) e assistido pelo *software Qualitative Data Analysis* (QDA) Miner 4 Lite. A análise das transcrições dos *focus group* iniciou-se com uma leitura exploratória para planeamento da decomposição do texto, o que conduziu a uma codificação inicial.

Para Charmaz (2006) a codificação é o processo através do qual se categoriza um segmento de dados com um nome curto que simultaneamente resume e caracteriza parte dos dados e constitui o primeiro passo na análise dos dados. Os códigos separam segmentos de dados, nomeia-os em termos concisos e propõe um mote analítico para desenvolver ideias abstratas para interpretar cada segmento de dados. Através da codificação define-se o que está a acontecer nos dados e começa-se a lidar com o seu significado. Este é um processo iterativo, de comparação dos dados entre si e dos dados com os códigos, em que se interage com os discursos dos participantes, com as ações observadas e se revivem os momentos em que o investigador interagiu com os participantes. Os códigos emergem da linguagem, significados e perspetivas através do qual o investigador aprende sobre o mundo empírico, quer dos participantes, quer dos seus.

“Nós construímos os nossos códigos porque nomeamos ativamente dados - mesmo quando acreditamos que os nossos códigos se encaixam perfeitamente em ações e acontecimentos no mundo estudado. Podemos pensar que os nossos códigos captam a realidade empírica. No entanto, é nossa opinião: escolhemos as palavras que constituem os nossos códigos. Assim, definimos o que consideramos significativo nos dados e descrevemos o que pensamos que está a acontecer” (Charmaz, 2006, p. 47).

Durante a codificação inicial estudam-se os fragmentos dos dados (palavras, linhas, segmentos e incidentes) de forma atenciosa para compreender quais os fragmentos relevantes para a análise. É importante manter uma mente aberta, sem ideias pré-

concebidas. É também nesta fase que se identificam falhas nos dados que impelem a nova recolha.

Seguiu-se a codificação focada, fase mais seletiva, que usa os códigos iniciais mais frequentes ou mais significativos para ordenar, sintetizar, integrar e organizar grande volume de dados. Comparam-se os dados da codificação inicial com toda a extensão dos dados, comparam-se os dados entre si e com os códigos. Nesta fase, os códigos são mais diretivos, seletivos e concetuais que na codificação inicial e requer decisões sobre quais os códigos iniciais fazem mais sentido analítico para categorizar os dados decisiva e completamente.

À medida que se progrediu na análise dos dados foram-se estabelecendo relações entre os dados e a codificação, desenvolvendo-se assim o processo de categorização e de subcategorização, tornando claro como a investigadora interpretou os dados.

A codificação teórica é a especificação da provável relação entre categorias desenvolvidas durante a codificação focalizada, dando-lhe forma e coerência, permitindo “contar a história”

Para este processo de análise e tratamento dos dados foram fundamentais as notas de campo, que prestaram também informações relevantes sobre expressões faciais, gestos, tom de voz e contexto em que os discursos foram realizados, assim como as notas informais realizadas durante a análise dos dados, a que Charmaz (2006) denomina como *memos*, que permitiram cristalizar os pensamentos, comparações e conexões realizados durante o processo.

Relativamente aos dados da documentação em enfermagem, para a sua análise foram considerados os princípios concetuais da CIPE® no que concerne os focos da prática de enfermagem e respetivos juízos para a construção diagnóstica, assim como as intervenções com integridade referencial. Foram também consideradas na análise os dados documentados na avaliação inicial. Os dados foram exportados de forma anonimizada para uma base de dados e dada a sua natureza foram sujeitos a tratamento por estatística descritiva com recurso ao IBM SPSS Software, versão 25. Os dados provenientes dos questionários sociodemográficos foram tratados da mesma forma.

Concluindo, salienta-se que a escolha de diferentes estratégias de recolha de dados teve como principal objetivo o de aprimorar a qualidade da investigação, garantindo a integridade dos resultados por meio da triangulação de métodos de recolha de dados (Polit & Beck, 2011; Streubert & Carpenter, 2013).

É por via da sucessiva consecução de cada uma das fases deste estudo que o objetivo deste estudo é alcançado (tabela 37). Cada uma das fases, com objetivos específicos, permite concretizar o objetivo de conceber e implementar, com base em recomendações clínicas validadas por peritos, numa intervenção multimodal desenhada à medida do contexto, estratégias para a implementação da evidência na prática clínica direcionada à pessoa com deglutição comprometida após AVC.

Tabela 37 - Síntese das principais fases do estudo

	Tipo de estudo → Investigação ação				
	1ª fase	2ª fase	3ª fase	4ª fase	5ª fase
Objetivo	Compreender como os enfermeiros conceitualizam os cuidados de enfermagem à pessoa com deglutição comprometida após AVC; Identificar as oportunidades de melhoria que emergem do contexto e barreiras à mudança.	Construir uma intervenção ajustada às especificidades do contexto do estudo, para a abordagem terapêutica à pessoa com deglutição comprometida após AVC; Planear de forma integrada a implementação dessa intervenção.	Implementar a intervenção	Avaliar o impacto da implementação do PMCQCE na conceção e organização dos cuidados de enfermagem; Introdução eventuais medidas corretivas.	Partilhar resultados.
Participantes	Grupo para a mudança	Grupo para a mudança	Todos os enfermeiros do serviço	Grupo para a mudança	Grupo para a mudança
Estratégia de recolha de dados	Focus group, observação participante complementada por notas de campo e documentação de enfermagem.	Brainstorming		Focus group, observação participante complementada por notas de campo e documentação de enfermagem.	
Estratégia de tratamento de dados	Análise de conteúdo com recurso ao Qualitative Data Analysis (QDA) Miner 4 Lite e IBM SPSS versão 25.0.	Análise do conteúdo do brainstorming e síntese da informação com recurso ao QDA Miner 4 Lite.		Análise de conteúdo com recurso ao Qualitative Data Analysis (QDA) Miner 4 Lite e IBM SPSS versão 25.0.	

3. 4 Considerações éticas

A investigação científica é uma tarefa de grande responsabilidade ética considerando todas as características, quer do processo, quer do resultado. Desde a questão de partida, que delimita claramente o percurso de investigação escolhido, até à escolha do contexto onde o mesmo decorre, a seleção dos seus participantes e a divulgação dos resultados, várias são as questões éticas que vão impelindo o investigador a uma reflexão mais profunda sobre os seus meios, propósitos e fins. Foi por isso preocupação da investigadora analisar sob uma perspetiva ética, todas as fases deste processo de investigação.

A primeira foi exatamente na reflexão sobre a relevância deste estudo, considerando a metodologia de investigação a desenvolver. Fruto da experiência da investigadora nas mais diferentes áreas de intervenção de enfermagem, desde a prestação de cuidados até ao ensino, são reconhecidas as dificuldades inerentes a qualquer processo de mudança nos contextos de prática clínica. Mais ainda, se se considerarem os tempos conturbados

que a profissão atravessa no nosso País. No entanto, e resultado da relação estabelecida entre a investigadora e muitos dos profissionais da instituição de há vários anos a esta parte, nos diferentes papéis em que a investigadora esteve presente na instituição, foi desde cedo percebida a vontade dos profissionais dessa instituição e predisposição para a mudança, pelo que os próprios se disponibilizaram desde a primeira hora para fazer parte deste percurso de investigação. A instituição e os seus profissionais estavam motivados, mesmo em contexto social e profissional adverso, e efetivamente preocupados em introduzir melhorias nas suas práticas e, por isso, rapidamente aceitaram o desafio de abraçar um projeto de investigação ação, com vista à melhoria contínua dos cuidados de enfermagem.

Neste sentido, os valores subjacentes a este percurso de investigação e que mais se destacam foram, indubitavelmente, os princípios da solidariedade, por conta do comprometimento entre a investigadora e equipa de enfermagem no desenvolvimento deste percurso de investigação, e da responsabilidade entre a investigadora e participantes pela compreensão de que todos contribuem e foram importantes para o sucesso deste percurso (Vieira, 2004).

Nesta relação que se estabeleceu entre a investigadora e os participantes (enfermeiros) assegurou-se o princípio da autonomia e o direito à autodeterminação, garantindo a todos os participantes acesso a toda a informação sobre este percurso de investigação, o que lhes permitiu decidir, de forma livre e esclarecida, a participação no mesmo (Polit & Beck, 2011). De facto, a imprevisibilidade inerente ao processo de IA abala os requisitos indispensáveis à obtenção do consentimento e coloca os participantes em situação de especial vulnerabilidade (Streubert & Carpenter, 2013).

A IA, tal como o próprio nome indica, significa que a investigação é orientada para a ação e não para a descrição, ou seja, não se limita a explorar e descrever a realidade tal como ela é, mas antes para o trabalho no sentido de produzir mudança durante o processo de investigação. A par deste processo é reconhecido o grande envolvimento e participação dos participantes e investigador (McKay & Marshall, 2002). Estas características da IA são suficientes para colocar em causa princípios elementares em investigação como a confidencialidade e o anonimato e estes aspetos são, sem dúvida, o grande desafio ético que se coloca ao desenvolvimento desta metodologia.

Existem, por isso, requisitos éticos indispensáveis ao desenvolvimento da IA: o valor, no sentido da garantia de que genuinamente é importante a investigação a desenvolver bem como o seu resultado; a validade científica, expressa no rigor do método; a seleção justa dos participantes, ie, que sejam selecionados os participantes efetivamente significativos

para o processo; a ponderação favorável para o benefício, na balança “risco-benefício”; a revisão independente, por outros investigadores não afiliados ao estudo; o consentimento informado dos participantes, que deverão ter plena compreensão da dinâmica da investigação e questões éticas que lhe estão associadas; e o respeito pelos participantes, protegendo a confidencialidade no limite possível, esclarecendo riscos e benefícios, permitindo o abandono do estudo a qualquer momento, assegurando o seu bem-estar e partilhando os resultados com eles (Gelling & Munn-Giddings, 2011).

De salientar que todos estes requisitos foram tidos em consideração e integralmente cumpridos durante todo este percurso de investigação. O valor intrínseco e risco benefício foram já previamente fundamentados, bem como o rigor no método. Os participantes foram selecionados atendendo ao objetivo deste estudo e por isso mesmo se decidiu pela inclusão de todos os elementos da equipa de enfermagem, por se reconhecer o valor de todos e de cada um deles neste percurso. A revisão independente foi assegurada pelo registo deste estudo, para além da aprovação pela Comissão de Ética para a Saúde da instituição e aprovação pelo seu Conselho de Administração, numa unidade de investigação que independentemente apreciou o projeto¹⁵.

Para a obtenção de consentimento junto dos participantes foi dado especial enfoque às particularidades inerentes a este percurso de investigação, tendo sido o mesmo reduzido a escrito e assinado por todos os participantes (anexo XVI) e sendo por eles revogável a qualquer momento, o que não veio a acontecer. O consentimento é, efetivamente, o que legitima a ação do investigador.

À medida que foram sendo tratados os dados e obtidos os resultados os mesmos foram sendo partilhados com os participantes, que foram validando os achados e participando ativamente no delineamento das estratégias a implementar, confirmando a sua adequação e efetividade. Esta relação e compromisso que se estabeleceu entre a investigadora e os participantes vincou a relevância atribuída durante este percurso de investigação à dimensão ética da mesma.

Relativamente aos procedimentos de recolha e tratamento dos dados, concretamente no que concerne ao questionário de caracterização sociodemográfica dos participantes e as grelhas de observação participante, não foram recolhidos quaisquer dados pessoais, pelo que não é possível a sua identificação. Foi atribuído um código alfanumérico a todos os participantes, correspondente à identificação da sua participação e que não permite o seu reconhecimento para além da investigadora. No que diz respeito aos dados recolhidos da

¹⁵ <https://www.essnortecvp.pt/pt/investigacao/linhas-de-investigacao/linha-1-resposta-humana-ao-processo-de-saudedoenca/sistematizacao-da-abordagem-terapeutica-a-pessoa-com-avc-com-alteracoes-da-degluticao/>

documentação de enfermagem, esta foi desprovida de qualquer dado pessoal que permitisse a identificação das pessoas internadas, sendo a recolha da informação totalmente anonimizada e limitada exclusivamente à documentação produzida pelos enfermeiros no âmbito do processo de cuidados de enfermagem. Foi obtido o consentimento de todas as pessoas internadas para acesso ao seu processo clínico ou, na impossibilidade de a pessoa dar consentimento, o mesmo foi obtido junto do seu representante legal.

Para além disso, de salientar que a metodologia de recolha de dados com recurso ao *focus group* levanta desafios éticos singulares. O primeiro desafio está na obtenção de consentimento dada a imprevisibilidade da interação e discurso entre participantes, podendo a discussão tomar um rumo não previsto. Assim, a confiança depositada no elemento da comunicação, indispensável à obtenção de consentimento, está enfraquecida (Lezaun, 2007). Ainda relacionado com o consentimento, de notar que ao convidar o participante para o *focus group* é criada uma expectativa quanto à sua participação e contributo, pelo que o investigador deve assegurar que o participante tem a oportunidade de expressar o seu ponto de vista, sob pena de frustrar a expectativa sobre o qual o consentimento foi dado. No entanto, o participante deve compreender claramente que os resultados predominantes que emergem da discussão e que são posteriormente relatados podem não refletir a sua opinião individual (Sim & Waterfield, 2019).

Outro dos desafios são as questões da confidencialidade e anonimato. Importa, previamente, distinguir estes dois conceitos. A confidencialidade diz respeito ao uso da informação, ie, o que o investigador faz com ela uma vez na sua posse; e o anonimato refere-se à atribuição da informação, ou seja, a medida em que os participantes podem ser identificados a partir dos dados fornecidos (Sim & Waterfield, 2019). Se por um lado é possível assegurar que o relato dos dados é anónimo, por outro, sendo estes dados declarados confidenciais, o mesmo irá obstaculizar a sua publicação sob a forma de citação direta (Sim & Waterfield, 2019). Neste contexto, a confidencialidade poderá perder o seu sentido sendo por isso particularmente relevante a forma como outra informação habitualmente relatada, nomeadamente a identificação da instituição ou outros dados biográficos dos participantes, é realizada.

Ainda no que se refere ao anonimato, no sentido de reduzir a possibilidade de qualquer um dos participantes do *focus group* ser identificado, a atribuição do código alfanumérico a cada um deles foi realizada aleatoriamente no cômputo geral de todos os participantes (todos os enfermeiros do serviço). Outra das preocupações no que se refere a confidencialidade tem a ver com o controlo limitado que o investigador tem sobre o que os participantes poderão comunicar fora do grupo. Esta questão está diretamente relacionada

com a adesão às regras do grupo e observância dos aspetos relacionados com o consentimento (Tolich, 2009). Acresce a este facto que, uma vez que os participantes se conhecem, isto poderia levar a um outro tipo de quebra de confidencialidade na medida em que um dos participantes poderia fazer referência ou relatar uma experiência de um dos outros participantes com a qual este não se sentisse confortável, podendo afetar negativamente a relações futuras entre os participantes (Sim & Waterfield, 2019).

Outro aspeto ético relevante quando se utiliza o *focus group* como estratégia de recolha de dados é o risco de dano. Esta estratégia pode induzir alguma vulnerabilidade no participante pela exposição social e que pode levar, entre outros, ao constrangimento, vergonha, discriminação, quebra de relações pré-existentes ou consequências profissionais adversas que se podem conduzir, inclusivamente, a implicações legais, atendendo ao teor da informação fornecida (Sim & Waterfield, 2019). Também durante a discussão os participantes poderão estar sujeitos a situações de stress e desconforto não previstos inicialmente: por muito que o tema em discussão possa não ser interpretado como potencialmente gerador de stress, qualquer um dos aspetos da discussão pode despoletar isso, como, por exemplo, uma atitude de julgamento depreciativo de outro participante. Por outro lado, o dano poderá igualmente advir de quebras na confidencialidade e/ou anonimato. A avaliação do risco de dano é complexa: se por um lado, mesmo discutindo temas aparentemente inócuos, estes podem causar constrangimentos em alguns dos participantes, por outro torna-se difícil distinguir, do ponto de vista mais concetual, o dano de outros sentimentos desagradáveis resultantes do relato de uma experiência, dificultando a determinação de erro moral (Sim & Waterfield, 2019).

No sentido de mitigar as questões éticas potencialmente problemáticas foi preocupação da investigadora, previamente à obtenção do consentimento, reunir com os participantes para fornecer informação detalhada sobre o estudo, estratégias de recolha de dados, potenciais danos, assim como abordar e esclarecer todas estas questões éticas relacionadas com esta estratégia concreta de recolha de dados. Antes do início de cada *focus group* foram definidas regras e explicadas aos participantes, nomeadamente quanto à gravação, duração da discussão e temas a abordar, sendo que em nenhum dos *focus group* se iniciou a gravação sem que todos os participantes se sentissem confortáveis para a iniciar.

A investigadora, na qualidade de facilitador, procurou que todos os participantes tivessem oportunidade de se expressar. O facto de todos os participantes se conhecerem há muitos anos facilitou a discussão o que resultou que em nenhum dos *focus group* se tenham verificado momentos de particular desconforto ou constrangimento, sendo todos eles decorreram num clima construtivo e de respeito. Por se ter percebido que a questão da gravação era particularmente sensível, foi também assegurado aos participantes que todas

as gravações seriam destruídas logo que transcritas e que apenas a investigadora teria acesso a elas. No final de cada um dos *focus group* foi realizado um breve sumário do conteúdo da discussão, reforçando as questões do anonimato e confidencialidade. Após o primeiro *focus group*, todos os subsequentes foram iniciados pela partilha dos dados obtidos da sessão anterior, com uma breve reflexão do grupo sobre os mesmos. Participar num *focus group* envolve riscos, esses riscos foram identificados e tornados explícitos para os participantes, que voluntariamente os assumiram desde o início (Tolich, 2009).

Por último, de referir que esta investigação foi orientada pelos princípios da beneficência (Polit & Beck, 2011), em que foi convicção, desde logo, que este percurso de investigação se traduziria numa melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, com ganhos para profissionais, organização e doentes, no estrito cumprimento da Lei (Lei n.º 21/2014, 16 de abril, 2014).

Para além do consentimento dos participantes, foi igualmente obtida a autorização por parte da instituição que acolheu o estudo, que, após a correção de pequenas questões formais previamente apontadas pela Comissão de Ética, emitiu autorização definitiva para o mesmo (anexo XVII).

“Assim, o objetivo deve estar na procura da verdade (honestidade), usando os métodos cientificamente (confiabilidade) e eticamente (respeito) robustos e com impacto para a comunidade científica e para a sociedade (responsabilidade)” (Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, 2018).

4. RESULTADOS

Quando os ventos de mudança sopram, algumas pessoas levantam barreiras, outras
constroem moinhos de vento.

Érico Veríssimo

A apresentação dos resultados será orientada pelos objetivos que guiaram cada uma das fases deste percurso de investigação. Este foi um percurso dinâmico pelo que não se presumiu a estanquicidade dos dados recolhidos em cada momento. Neste sentido, os resultados serão apresentados com relação para os dados, no contexto de cada uma das fases, evidenciando os que foram mais relevantes para a consecução dos objetivos em cada uma delas. Assim, apresentam-se de modo distinto os resultados da primeira fase – dimensionar o problema e identificar as causas; das segunda e terceira – planear e implementar a intervenção e, por último, os resultados da quarta fase – avaliar os resultados.

4.1 Dimensionar o problema e identificar as causas¹⁶

A primeira fase do estudo decorreu entre os meses de abril e julho de 2019 com recurso à análise da documentação efetuada pelos enfermeiros no SClínico® e a duas técnicas de recolha de dados: *focus group* e observação participante, complementada por notas de campo.

Para a análise da documentação efetuada pelos enfermeiros no SClínico®, foram utilizados para análise retrospectiva os registos efetuados no aplicativo informático durante o período 3 de janeiro a 7 de maio de 2019, correspondendo aos registos clínicos de 16 pessoas internadas nesse período, 68,75% do sexo masculino ($n=11$), com uma média de idade de $53,68 \pm 11,93$ anos (mínimo de 27 anos e máximo de 81), mediana de 52 anos e uma média do Índice de Barthel (Direção-Geral da Saúde, 2011) de $23,47 \pm 22,78$ pontos (mínimo de zero e máximo de 85) e mediana de 22,50 pontos. A média de dias de internamento no momento da análise dos processos de enfermagem era de 35 dias (mínimo de um dia;

¹⁶ Os métodos, resultados e discussão referentes à primeira fase do estudo encontram-se publicados nos artigos intitulados “Terapêuticas de enfermagem na pessoa com deglutição comprometida após acidente vascular cerebral” (Oliveira, Couto & Mota, 2019) e “Concetualização dos cuidados de enfermagem à pessoa com deglutição comprometida após o acidente vascular cerebral” (Oliveira, Almeida, et al., 2020).

máximo de 112 dias). Da análise dos dados documentados na avaliação inicial foram identificados sete clientes com deglutição comprometida no momento de admissão no serviço.

O foco de enfermagem mais frequentemente documentado foi o autocuidado (53,9%) de entre 197 no total (tabela 38).

Tabela 38 - Focos de enfermagem identificados - fase 1

Foco	n	%
Autocuidado	106	53,9
Eliminação	21	10,7
Queda	16	8,2
Úlcera de pressão	16	8,2
Maceração	8	4,0
Comunicação	8	4,0
Equilíbrio corporal	6	3,0
Ansiedade	4	2,0
Ferida	4	2,0
Vômito	3	1,5
Expetorar	2	1,0
Adesão ao regime terapêutico	1	0,5
Aspiração	1	0,5
Insónia	1	0,5
Total	197	100,0

Analisado o foco autocuidado, os autocuidados beber e higiene foram identificados em todos os clientes ($n=16$), seguidos dos autocuidados alimentar-se e transferir-se ($n=15$), vestir-se ($n=14$), posicionar-se ($n=11$), levantar-se ($n=9$), andar com auxiliar de marcha ($n=5$), andar ($n=3$) e mover-se em cadeira de rodas ($n=2$). Os juízos mais frequentemente utilizados para a construção diagnóstica encontram-se na tabela 39.

Tabela 39 - Juízos usados na atividade diagnóstica – fase 1

Juízo	n	%
Dependência	116	58,9
Compromisso	42	21,3
Risco	27	13,7
Presente	7	3,6
Potencial para melhorar capacidade	5	2,5
Total	197	100,0

No contexto deste estudo mostrou-se relevante fazer a análise considerando o compromisso na deglutição, sendo que o único diagnóstico documentado neste domínio foi o risco de aspiração.

Seguidamente foram analisadas as intervenções planeadas. De um total de 825 intervenções planeadas, pode constatar-se que a intervenção do tipo *observar* foi a mais frequentemente utilizada (tabela 40).

Tabela 40 - Resumo do n.º de intervenções identificadas por tipo de ação - fase 1

Tipo de Ação	<i>n</i>	%
Observar	406	49,2
Atender	177	21,5
Gerir	85	10,3
Informar	84	10,2
Executar	73	8,8
Total	825	100,0

Considerando o tipo de ação, analisaram-se ainda as intervenções documentadas com maior frequência (tabela 41).

Tabela 41 - Intervenções planeadas por tipo de ação - fase 1

Tipo de Ação	Intervenções	n	%
Observar	Avaliar	252	62,1
	Monitorizar	96	23,7
	Vigiar	55	13,5
	Inspecionar/Supervisionar	3	0,7
Atender	Assistir	103	58,2
	Incentivar	66	37,3
	Aliviar/Disponibilizar/Encorajar/Escutar/	8	4,5
	Promover		
Gerir	Otimizar	36	42,4
	Aplicar	14	16,5
	Manter	12	14,1
	Gerir	8	9,4
	Planear	7	8,2
	Administrar/Providenciar	6	7,1
	Referir	2	2,4
Informar	Instruir	43	51,2
	Ensinar	31	36,9
	Treinar	10	11,9
Executar	Substituição no autocuidado	38	52,1
	Trocar/inserir/remover	17	23,3
	Executar	14	19,2
	Estimular	2	2,7
	Aspirar	2	2,7

Quando analisadas as intervenções quanto ao cliente, verifica-se que a quase totalidade das intervenções são formuladas tendo como cliente a pessoa internada. Foram apenas identificadas duas intervenções tendo como cliente o cuidador/familiar cuidador, no tipo *observar*: avaliar o potencial do cuidador para tomar conta, em dois processos e supervisionar prestador de cuidados a assistir no uso de sanitário, em um processo.

No que respeita especificamente às intervenções potencialmente relacionadas com a deglutição comprometida, foram identificadas 39 intervenções (tabela 42).

Tabela 42 – N.º de intervenções relacionadas com a deglutição comprometida - fase**1**

Intervenção	n
Vigiar refeições	13
Alimentar através de sonda	5
Otimizar sonda nasogástrica	4
Vigiar conteúdo gástrico	2
Executar técnica de posicionamento preventiva de aspiração	2
Inserir sonda nasogástrica	2
Avaliar capacidade para alimentar-se através de sonda	2
Assistir alimentar-se através de sonda	2
Avaliar deglutição	1
Avaliar risco de aspiração	1
Supervisionar dieta	1
Remover sonda nasogástrica	1
Total	36

Considerando a sua relevância no contexto do compromisso na deglutição, foram também identificadas as intervenções tendo por foco o autocuidado higiene oral (tabela 43):

Tabela 43 – N.º de intervenções relacionadas com o autocuidado higiene oral - fase**1**

Intervenção	n
Assistir autocuidado: higiene da boca	5
Ensinar sobre autocuidado: higiene oral	2
Lavar a boca	2
Inspecionar cavidade oral	1
Total	10

Relativamente às outras técnicas de recolhas de dados, foram realizados três *focus group*, nos meses de maio, junho e julho de 2019. Participaram nos *focus group* os participantes que integraram o grupo para a mudança, tendo os mesmos sido realizados numa sala do serviço, num ambiente calmo, tranquilo e isento de estímulos exteriores, com uma duração aproximada de uma hora para cada um deles. Orientaram a realização dos *focus group* um roteiro de questões moderadamente estruturado sobre a conceitualização dos cuidados de enfermagem à pessoa com deglutição comprometida após o AVC, em que foi pedido aos participantes que olhassem para trás procurando lembrar como se desenvolve a conceção e prestação de cuidados desde que a pessoa é admitida ao serviço até à sua alta e sobre as oportunidades de melhoria identificadas no contexto e eventuais barreiras. Estas

questões relativas à concetualização dos cuidados de enfermagem dominaram o primeiro e segundo *focus group* tendo o terceiro sido dominado pelas questões relacionadas com a identificação de oportunidades de melhoria e barreiras à implementação do projeto.

A observação participante decorreu nos meses de abril, maio e junho de 2019, altura em que foi dada por concluída por saturação por redundância de dados, tendo sido observados 12 enfermeiros, num total de 65 observações. Com esta técnica procuraram-se os aspetos que poderiam não ser explícitos a partir dos dados obtidos no *focus group*. Paralelamente foram sendo registadas notas de campo relevantes e complementares aos dados recolhidos quer através do *focus group*, quer da observação participante.

A análise dos dados foi orientada no sentido de estruturar a resposta a cada um dos objetivos desta fase. Assim, da análise dos dados emergiram três categorias relacionadas com a concetualização dos cuidados de enfermagem, com diferentes subcategorias em cada uma delas (tabela 44): a conceção dos cuidados de enfermagem, a implementação das terapêuticas de enfermagem e o ambiente de cuidados. Esta tabela fornece-nos a informação sobre a frequência das unidades de registos na totalidade do discurso para cada uma das subcategorias o que salienta a relevância atribuída pelos participantes a cada uma delas. Cada unidade de registo, obtida a partir da codificação inicial, corresponde a uma frase ou segmento de texto proferida por cada um dos participantes.

Conceção dos cuidados de enfermagem

Esta categoria emergiu da reflexão dos participantes sobre o raciocínio clínico envolvido no processo de avaliação, definição de diagnósticos de enfermagem e planificação dos cuidados. Das subcategorias incluídas nesta categoria, a que se salienta pela sua frequência é a documentação das práticas, ao que os participantes deram particular relevância, "...não registamos todos da mesma maneira. Os registos é o mais difícil" (enfermeiro [E]5, maio de 2019), "...já tinha dito que mesmo no SClínico tem lá a parte de avaliar a deglutição e nós não conseguimos. Nós não conseguimos preencher o quadro que lá está..." (E12, maio de 2019), "...a escala que está no SClínico ninguém sabe fazer ... e depois em termos de registos é complicado de fazer esses registos" (E2, maio de 2019), "...não sabemos como fazer... pomos em notas gerais" (E5, junho de 2019). Os participantes não descuram a importância da documentação, "...como registamos também é importante" (E12, maio de 2019), e entendem ser relevante conseguir "...colocar nos registos os dados da avaliação, diagnósticos e intervenções para depois podermos extrair os resultados e informação" (E2, maio de 2019). Registam-se ainda as seguintes observações:

“As dietas, consistências e restrições alimentares estão registadas num sistema informático de gestão hospitalar de aprovisionamento e farmácia, não sendo realizado qualquer registo no processo clínico. Toda a informação considerada relevante é transmitida oralmente entre os diferentes profissionais, por exemplo a necessidade de estratégias adaptativas ou ajudas técnicas” (nota de campo [NC]7, maio, 2019).

Para além disso, todos os dados de evolução são, como referido acima, monitorizados pelas terapeutas da fala e “transmitidos oralmente aos restantes profissionais” (NC18, junho, 2019), “só aparece relatado no diário clínico e não há mais nenhum registo, toda a informação passa oralmente”(E2, maio de 2019), reforçado por “toda a informação é transmitida oralmente”(E5, maio de 2019).

Na subcategoria conhecimento, os participantes manifestaram dificuldade na conceção de cuidados de enfermagem à pessoa com deglutição comprometida por considerarem que durante a sua formação pré-graduada esta temática não terá sido abordada, “...na formação de base não tive mesmo formação nenhuma sobre disfagia” (E5, maio de 2019). Acrescentam “...precisamos de melhorar os nossos conhecimentos na parte da fisiopatologia e como avaliar” (E13, maio de 2019) e questionando sobre aspetos específicos “...quantas vezes é que devíamos fazer a higiene oral? (...) E com quê...?” (E2, maio de 2019). Este facto relacionam e referem ter reflexo na conceção e planeamento dos cuidados, traduzido na subcategoria a avaliação da pessoa, “...tenho alguma dificuldade em avaliar (a pessoa)” (E12, maio de 2019), “... e avaliar é importante” (E13, junho de 2019), “... não sei o que avaliar nem como avaliar no processo inicial” (E5, junho de 2019).

De notar, ainda através da observação que, “não existem dados provenientes da observação que identifique os instrumentos/estratégias para avaliação das intervenções e reformulação do plano de cuidados” (NC2, abril, 2019). Este facto poderá estar relacionado com algumas particularidades próprias da instituição que os participantes referem poder ter influência neste aspeto, “a parte da avaliação inicial está sempre enviesada por que os doentes... ou seja, já virá até referenciado do hospital de origem se tem”(E5, maio de 2019), “os doentes são avaliados cá [pela terapia da fala] avaliados na primeira refeição” (E13, maio de 2019) “...e depois as indicações saem daí, dessa avaliação” (E13, maio de 2019).

No âmbito da equipa multidisciplinar não são consideradas as competências dos enfermeiros no processo de avaliação, “toda a intervenção que se refere à avaliação da deglutição é definida pelo médico que orienta sempre a pessoa para a terapia da fala, não sendo valorizado o resultado das observações dos enfermeiros” (NC5, abril, 2019). “Nós às vezes até achamos que eles até podiam beber já sem espessante, mas mesmo que a gente o faça, não parte de nós fazer essa alteração e dizer “olhe, a partir de hoje pode

beber" (E12, maio de 2019) "...na maior parte das vezes vêm com uma indicação ou não e os médicos acabam por pedir sempre uma avaliação por parte das terapeutas" (E12, maio de 2019), "...depois nós ajudamos na parte da alimentação e colaboramos com elas, mas essa avaliação, até mesmo a nível dos espessantes, são elas..."(E13, maio de 2019). "A monitorização da evolução clínica da pessoa com deglutição comprometida é realizada exclusivamente pelas terapeutas da fala..." (NC18, junho, 2019).

Neste contexto os participantes identificam ao nível do planeamento dificuldades na sistematização das práticas, "...sabemos como fazer, não fazemos é todos igual" (E12, maio de 2019), "Mas não existe nenhum procedimento instituído, ou seja, isto é tudo informal"(E1, maio de 2019). Estes são os fatores percecionados pelos profissionais como barreiras à conceção de cuidados. Salienta-se ainda da análise do corpus textual a preparação para a alta como foco de atenção dos enfermeiros, "...quando as famílias vêm cá de tarde ou ao fim de semana, vemos as dificuldades delas e identificamos logo, vê-se o problema e agendamos..." (E1, junho de 2019), "Vamos preparar a família para quando o doente for sair" (E5, junho de 2019). Os participantes tomam como alvo dos cuidados a pessoa e a família, "...fazemos reunião familiar de 15 em 15 dias, a consulta com a família para estabelecer os objetivos e destino pós alta..." (E5, maio de 2019), "registra-se a observação de várias atividades, principalmente nos turnos da tarde e fins de semana, de estratégias promotoras do envolvimento da família no processo de cuidados" (NC18, junho, 2019), com "momentos de interação dos enfermeiros com a pessoa e a sua família na capacitação para o autocuidado e para a utilização de estratégias adaptativas e ajudas técnicas para o autocuidado, tendo em vista a alta" (NC18, junho, 2019).

Implementação das terapêuticas de enfermagem

Esta categoria emerge da análise do discurso dos participantes em resposta ao como executam os cuidados e que decorreu de duas subcategorias. A primeira subcategoria identificada relaciona-se com a prestação de cuidados. Os participantes referem que "...os enfermeiros sabem o que fazer neste e naquele doente" (E5, maio de 2019), "...eu acho que todos nós sabemos atuar perante um doente com disfagia" (E2, maio de 2019), no entanto "...sabemos como fazer, não fazemos é todos igual" (E12, maio de 2019), verbalizando a perceção de práticas adequadas, mas corroborando as dificuldades na sistematização das práticas já referido anteriormente.

"As refeições são, na maior parte das vezes, realizadas no refeitório, exceto em cliente com indicação para isolamento ou cuja condição clínica não permita deslocar-se para o refeitório. Assistem ou supervisionam os clientes durante a alimentação, dependendo do grau de dependência, os enfermeiros, os assistentes operacionais e as terapeutas da fala (estas apenas ao almoço em dias úteis), que utilizam como medidas compensatórias os ajustamentos

posturais, modificações de consistências alimentares e ajudas técnicas e cuja duração é de cerca de 20 a 30 minutos” (NC2, abril, 2019). “As ajudas técnicas utilizadas são variadas: engrossadores de cado, talas de punho, copos de bico, copos de abertura nasal, rebordos de prato, proteções de prato” (NC18, junho 2019).

Relativamente ao autocuidado higiene oral, referem que “Pelo menos na manhã fazem sempre [higiene oral]”(E2, maio de 2019), “Depois há outros que conseguem fazer sozinhos e que fazem mais vezes...”(E5, maio de 2019). “Os enfermeiros supervisionam, assistem ou substituem todos os clientes, sendo realizado uma vez por dia, com pasta de dentes fluoretada e colutório à base de benzidamina, escova de dentes ou bastão com esponja, durante cerca de 3/4 minutos” (NC13, maio, 2019). Ainda nesta categoria encontra-se a subcategoria delegação de tarefas, sendo que no contexto da prestação de cuidados à pessoa com deglutição comprometida após o AVC é delegada nas assistentes operacionais a tarefa de alimentar o cliente “...não numa fase inicial, mas sim depois quando a situação clínica está mais estável” (E5, maio de 2019), “...avaliamos as condições de segurança e vemos se elas [assistentes operacionais] podem dar a alimentação” (E13, maio de 2019), “...estamos sempre por perto e supervisionamos” (E12, maio de 2019).

O ambiente de cuidados

A terceira categoria identificada reflete os elementos relevantes do enunciado descritivo “A organização dos cuidados de enfermagem”, dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2012). Relativamente à subcategoria metodologia de trabalho, a de maior expressão dentro desta categoria, os participantes referem “...o problema é que o circuito aqui é mau” (E13, maio de 2019), “... quando entram [clientes] não somos nós que fazemos a avaliação inicial, é feita na consulta externa e não conhecemos logo os doentes e as famílias” (E2, junho de 2019), “a admissão e avaliação inicial do cliente é realizada em outro serviço, por elementos da equipa de enfermagem desse mesmo serviço, sendo o cliente e familiar (acompanhante) posteriormente encaminhado para o serviço de internamento” (NC5, abril, 2019).

A segunda subcategoria identificada com maior expressão foi recursos materiais, “...não temos clorhexidina para fazer a higiene oral nos doentes com disfagia” (E5, julho de 2019), “...copos [com abertura nasal] temos há pouco tempo” (E1, julho de 2019), “...esses materiais são importantes para a segurança dos doentes” (E2, julho de 2019). Ainda nesta subcategoria os participantes referem “...não temos bombas [para a alimentação entérica]” (E1, julho de 2019) que identificam com útil pois “...quando temos 4 ou 5 sondas na tarde é complicado” (E12, julho de 2019), “...não consigo estar tanto tempo... meia hora para cada é mais de uma hora” (E5, julho de 2019), “...isso resolvia o problema [bomba para

alimentação entérica]... na altura chegamos a falar para o hospital adquirir, falamos..." (E2, julho de 2019), "São utilizadas no serviço, principalmente pelas terapeutas da fala, palhinhas para a alimentação em pessoas disfágicas" (NC2, abril, 2019). Outra subcategoria, dotações, é abordada pelos participantes como constrangimento na prestação de cuidados, "...não conseguimos alimentar os doentes todos" (E13, maio de 2019), "...os disfágicos devíamos de ser sempre nós" (E12, junho de 2019), "...precisávamos de mais tempo para alimentar os doentes... e tratar da higiene oral" (E5, junho de 2019), "às vezes até se interrompe a refeição... na prática temos de dizer o que é que acontece... muitas das vezes temos de interromper para ir fazer outras coisas" (E12, maio de 2019), "...não fazemos a higiene oral com a frequência que devíamos de fazer, não conseguimos, depende de como está o serviço" (E2, junho de 2019). As outras subcategorias identificadas são a motivação, "...as pessoas [enfermeiros] andam desmotivadas" (E13, junho de 2019) e "...a motivação é importante" (E12, junho de 2019) e a cultura organizacional/corporativismo, "a parte interdisciplinar pode ser mais difícil porque vivemos num contexto muito próprio nesse aspeto" (E13, maio de 2019), "...as terapeutas sentem isto como um afrontamento se tivermos ali alguma intervenção direta e aí é mais difícil porque deveríamos funcionar em complementaridade" (E5, maio de 2019).

Tabela 44 - Frequência das unidades de registo para cada subcategoria na conceção de cuidados de enfermagem - fase 1

Categoria	Sub-categoria	Frequência	%
Conceção dos cuidados de enfermagem	documentação das práticas	98	25,00
	preparação para a alta	51	13,01
	competências dos enfermeiros	44	11,22
	avaliação da pessoa	35	8,93
	sistematização da prática	16	4,08
	conhecimento	28	7,14
Implementação das terapêuticas de enfermagem	prestação de cuidados	47	11,99
	delegação de tarefas	7	1,79
	metodologia de trabalho	22	5,61
	recursos materiais	21	5,36
O ambiente de cuidados	dotações	10	2,55
	cultura organizacional/corporativismo	8	2,04
	motivação	5	1,28
Total		392	100,00

Relativamente à identificação de oportunidades de melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, no contexto deste estudo, emergiram duas categorias (tabela 45), com diferentes subcategorias: 1) organização dos cuidados de enfermagem e 2) estratégias na

implementação dos cuidados. Cada unidade de registo, obtida a partir da codificação inicial, corresponde a uma frase ou segmento de texto proferida por cada um dos participantes.

A organização dos cuidados de enfermagem

Tal como já evidenciado na análise aos dados no que concerne a concetualização dos cuidados, também ao nível das oportunidades é na subcategoria documentação das práticas que se verifica mais frequência no discurso. Os participantes referem a importância da uniformização da forma de registo entre os profissionais "...precisamos de melhorar os registos, registar todos da mesma maneira as mesmas coisas" (E12, maio de 2019), propondo algumas estratégias "Podemos parametrizar as consistências numa especificação" (E1, julho de 2019). Há ainda o registo, em nota de campo de "Está identificado o elemento da equipa de enfermagem que faz parte do grupo local para os sistemas de informação antevendo-se a necessidade de trabalhar em estreita parceria com este profissional" (NC18, julho, 2019).

A necessidade de progredir na sistematização das práticas abrange outros domínios, alargando-se a uma vontade expressa de encontrar estratégias promotoras relacionadas com a metodologia de organização dos cuidados/quadro de referência pois mesmo afirmando que "...termos um esquema para os cuidados mas também para os registos" (E5, julho de 2019), salientam a importância de "...devíamos padronizar as intervenções de todos os colegas no serviço para que todos façamos da mesma forma, seria o mais importante" (E13, maio de 2019) e de "...no final ficar com um guia de boas práticas, ou seja, em vez de ficarmos apenas com um esquema, ficarmos também com uma coisa que tenha a fundamentação teórica a explicar como é que se chegou aqui" (E5, julho de 2019).

Ainda nesta categoria os participantes identificam a necessidade de realizar formação, evidenciando a relevância dada ao desenvolvimento profissional contínuo/formação. "...a primeira coisa é a necessidade de formação, fazer algum *refresh* sobre a fisiopatologia da deglutição, se calhar despertar para alguns aspetos que as pessoas não estão tão despertas" (E2, maio de 2019), reforçado por "...vir cá mais vezes, fazer isto aos bocadinhos, coisas mais pequeninas e mais vezes para dar tempo para as pessoas assimilarem e vir cá mais vezes ... em vez de fazer duas horas de formação para toda a gente e ... depois chegamos a fim e espremido não sai nada" (E5, julho de 2019).

Estratégias na implementação dos cuidados

Nesta categoria emergem duas subcategorias: uma delas relacionada com o foco alimentar-se – ruídos/estímulos à refeição; e outra com o autocuidado higiene oral, denominada higiene oral. Estas duas subcategorias resultam da discussão entre o grupo

das dificuldades percebidas. Por um lado, relativamente à higiene oral “O que é recomendado [na higiene oral]...? Como? Com quê?”(E5, maio de 2019) e a percepção que a questão que se coloca neste domínio estará mais relacionada com a necessidade de despertar os profissionais para este aspeto “...Eu acho que as pessoas não fazem porque não estão despertas para isso...”(E2, julho de 2019) e que “Isso não é complicado [higiene oral]. É daquelas coisas que podemos começar já a fazer”(E12, julho de 2019).

Por outro lado, os participantes percebem a dificuldade de reduzir os ruídos e estímulos durante as refeições, mas centram o seu discurso nas possíveis soluções e lançam para o grupo sugestões de melhoria “... ou então podem ser os últimos a comer ou... então no quarto...”(E1, julho de 2019) e que gerou uma discussão entre os participantes, sempre procurando adequar a estratégia a clientes e profissionais e que ficou para melhor ajustamento para a fase de implementação “...nós nunca vamos conseguir, em sítio nenhum... a situação ideal... temos de ver qual a melhor solução... temos de experimentar”(E2, julho de 2019).

Tabela 45 - Frequência das unidades de registo para cada subcategoria nas oportunidades de melhoria - fase 1

Categoria	Sub-categoria	Frequência	%
organização dos cuidados de enfermagem	documentação das práticas	42	36,52
	metodologia de organização dos cuidados/quadro de referência	25	21,74
	desenvolvimento profissional contínuo/formação	19	16,52
Implementação das terapêuticas de enfermagem	ruído/estímulos à refeição	17	14,78
	higiene oral	12	10,44
Total		115	100,00

As barreiras que os participantes identificaram foram essencialmente os aspetos relacionados com o ambiente de cuidados (cfr. tabela 42). Da mesma forma, foram identificados como facilitadores aspetos relacionados com o ambiente de cuidados, nomeadamente a motivação para a implementação do projeto por parte dos profissionais e o seu envolvimento no mesmo, expresso em notas de campo.

“Os participantes demonstram entusiasmo e interesse no projeto, expresso pela sua postura construtiva, na procura de consensos e soluções. Outro aspeto que reforça esta dimensão é a facilidade e total disponibilidade que houve até agora para realizar as reuniões e no agendamento de reuniões futuras, assim como a participação de todos os elementos em todas as reuniões, sendo que alguns se deslocaram propositadamente ao serviço, mesmo em dias de folga, para participar.” (NC18, julho de 2018)

O espírito que anima os PMCQCE é a resposta a problemas cuja resolução dependa exclusivamente dos enfermeiros. Sabendo que a maior parte das questões relativas ao ambiente de cuidados identificadas como barreiras não dependem exclusivamente da intervenção de enfermagem, mostrou-se relevante manter o grupo focado na discussão de respostas cuja capacidade para dar dependesse exclusivamente da intervenção dos enfermeiros. Desde cedo ficou o entendimento no seio do grupo para a mudança que a intervenção seria primariamente dirigida à equipa de enfermagem. Olhando nessa perspetiva ficou também claro desde cedo que a motivação do grupo era grande para implementar a mudança.

Estes foram os resultados obtidos durante a primeira fase deste percurso de investigação. Esta fase corresponde, na perspetiva da implementação do PMCQCE (Ordem dos Enfermeiros, 2013), à primeira e segunda fase: identificar e descrever o problema e perceber o problema.

4.2 Planeamento e implementação da intervenção

Durante todo este percurso de investigação esteve sempre presente no pensamento da investigadora que este é um percurso marcado por duas vertentes distintas: a investigação e a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem. Nesse sentido, nesta secção serão apresentados os resultados correspondentes à terceira, quarta e quinta fase da implementação do PMCQCE: perceber as causas, definir os objetivos específicos da intervenção e planear e executar as tarefas (Ordem dos Enfermeiros, 2013).

A compreensão das causas para o problema foi alcançada através da reflexão e brainstorming com o grupo para a mudança tendo partido da discussão dos achados da primeira fase deste estudo. O resultado deste brainstorming e reflexão encontra-se representado num diagrama de causa-efeito (figura 19):

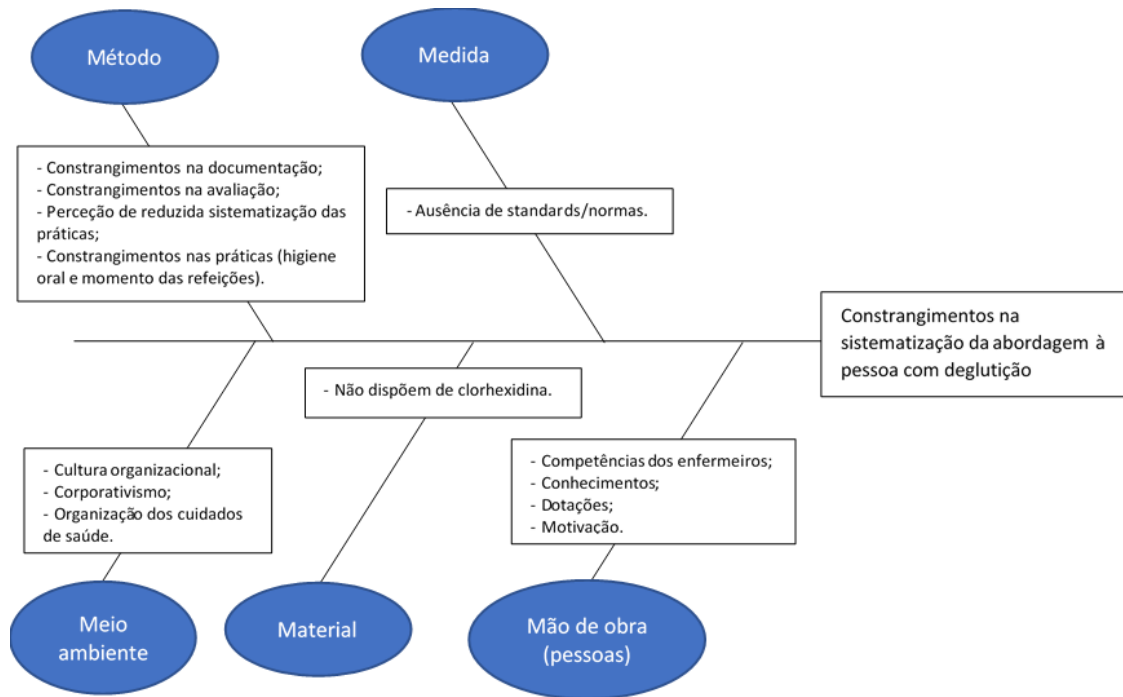


Figura 19 - Diagrama causa-efeito, adaptado de Harrington e Voehl (2016)

Desta discussão emergiu um primeiro esboço da intervenção multimodal que assentou nas seguintes estratégias: a) estratégias educacionais: a elaboração de um plano de formação contínua direcionada para a deglutição, o compromisso na deglutição e cuidados de enfermagem tendo como população alvo os enfermeiros de cuidados gerais e os enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação; a inclusão dos aspetos da documentação das práticas nas formações já planeadas no plano de formação em serviço e a elaboração de materiais educacionais de suporte (roteiro clínico, material com síntese da evidência); b) intervenção à medida direcionada a outros determinantes do contexto: trabalho de parceria com os elementos (enfermeiros) do grupo local para os sistemas de informação, para capacitação dos profissionais de enfermagem para a documentação das práticas; c) opinião de líderes; e d) auditoria e feedback. Ficou definido que o roteiro clínico seria revisto pelo grupo para a mudança e apresentado à Direção de Enfermagem para aprovação. Esta reunião decorreu em setembro de 2019.

A maior parte das oportunidades de melhoria emergiram diretamente da análise dos dados e outros emergiram de forma indireta, nomeadamente a necessidade de encetar trabalho de parceria com o grupo local dos sistemas de informação.

Esta reunião foi gravada e complementada com notas de campo no sentido de se registarem todas as propostas e sugestões de melhoria, servindo de apoio à elaboração do plano de intervenção. Durante esta reunião foram sendo identificadas pelos

participantes mudanças no contexto. Mesmo sem que estivesse delineada uma estratégia de intervenção os participantes referiram que “...vamos conversando uns com os outros... principalmente nas passagens de turno” (E2, setembro de 2019) e que “...noto que os colegas estão despertos para fazer a higiene oral, até nos períodos da tarde. Não temos infelizmente é ainda a clorhexidina. Ainda continuamos a aguardar” (E5, setembro de 2019) referindo que por iniciativa dos próprios haviam já encetado o pedido deste produto à farmácia hospitalar. “... já estamos a fazer duas vezes por dia [higiene oral]” (E2, setembro de 2019), “acho que toda a gente já está a fazer [higiene oral] duas vezes por dia nesses doentes” (E5, setembro de 2019), “...nota-se já uma grande diferença, estão mais despertos, falam disso nas passagens de turno...” (E13, setembro de 2019).

Fizeram referência a outras alterações que foram sendo observadas pelos próprios nos restantes elementos da equipa de enfermagem “... eu estava agora a pensar nas palhinhas... já eliminamos tudo” (E12, setembro de 2019), “Em disfágicos já não se usa... nenhum” (E13, setembro de 2019). Outro domínio onde relataram mudanças foi ao nível da documentação das práticas, “Ao nível dos processos é que acho que já houve alguma melhoria nesse sentido” (E5, setembro de 2019), “Eu pelo menos ontem fiz tarde e muitos processos tinham já muitos registos... já têm identificado nos processos... muito mais do que antes” (E13, setembro de 2019).

Não tendo sido este o propósito da reunião, foi considerada importante a informação recolhida na medida em que ficou reforçada a estratégia inicialmente delineada para a implementação de um PMQCE. A reflexão proporcionada sobre as práticas, durante os *focus group*, a partilha dos resultados obtidos a partir da documentação e da observação participante produziram um impacto no grupo para a mudança que mesmo sem se ter iniciado formalmente a fase de implementação – estava-se naquele momento na fase de planeamento da intervenção – havia já a perceção por parte dos participantes de mudanças significativas na prática, o que criou evidência de que a estratégia adotada, com recurso à constituição de um grupo enquanto motor dessa mudança no seio da equipa, estaria a produzir resultados positivos.

Estes achados validaram o cariz dinâmico da investigação e elucidaram para o facto de que cada uma destas etapas não é estanque, sendo difícil afirmar com precisão quando começou e terminou a fase de planeamento e se passou à fase de implementação.

Pese embora o anteriormente descrito, ficou nesta altura delineado o planeamento das ações, sustentadas nos pontos já identificados, que resultou de um processo de co-construção entre investigadora e participantes (anexo XVIII).

No que concerne a execução das tarefas, todas elas foram executadas tal como planeadas, incluindo o RC (anexo XIX) à exceção da auditoria e da partilha dos resultados do projeto que, fruto do contexto epidemiológico vivido no nosso país entre março e maio de 2020 devido à pandemia por Covid-19, foi impossível de executar no momento planeado. A auditoria foi realizada durante os meses de agosto e setembro de 2020 e a partilha dos resultados aconteceu nos meses de novembro e dezembro de 2020. Também o trabalho com o grupo local dos sistemas de informação não foi realizado.

Detalhando a execução das diferentes tarefas, na tabela 46 explicitam-se o número e momentos da execução de cada uma das estratégias de capacitação dos profissionais.

Tabela 46 - Execução das estratégias

Estratégias de capacitação	Número e período da execução
Formação contínua para enfermeiros de cuidados gerais	Três sessões que decorreram durante o mês de setembro de 2019, com uma duração de uma hora aproximadamente cada uma (total de 20 participantes)
Divulgação de material educacional com síntese da evidência	O material foi sendo disponibilizado à medida que a formação foi sendo realizada, durante o mês de setembro e dezembro para os especialistas
Formação contínua para enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação	Uma sessão que decorreu em dezembro de 2019, com a duração aproximada de uma hora (total de 10 participantes ¹⁷)
Roteiro clínico	Elaborado durante os meses de janeiro e fevereiro de 2020 num trabalho de colaborativo entre investigadora e grupo para a mudança, tendo por base as recomendações clínicas, e partilhado na equipa para orientação da prática

Durante o período de planeamento e execução das intervenções, de julho de 2019 a setembro de 2020, foram realizadas entre a investigadora e o grupo para a mudança dez reuniões de acompanhamento (não se incluem neste número o *focus group* por se considerar um momento com objetivo distinto).

4.3 Avaliação dos resultados

A quarta fase do estudo decorreu entre os meses de março e setembro de 2020 com recurso às mesmas técnicas de recolha de dados utilizadas na primeira fase: análise da

¹⁷ Para além dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação do serviço, foram convidados a participar enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação de outros serviços da instituição com interesse no tema, motivo pelo qual o número de participantes foi superior ao número de enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação do serviço.

documentação efetuada pelos enfermeiros no SClínico®, *focus group* e observação participante, complementada por notas de campo.

A análise retrospectiva dos registos clínicos efetuados pelos enfermeiros no SClínico® incidiu sobre 16 processos clínicos de pessoas admitidas com diagnóstico clínico de AVC durante o período compreendido entre 11 de dezembro de 2019 e 4 de março de 2020, sendo 87,50% ($n=14$) do sexo masculino, com uma idade média de $62,00 \pm 13,88$ anos (mínimo de 31 e máximo de 80 anos), mediana de 67 anos e média de Índice de Barthel (Direção-Geral da Saúde, 2011) de $23,12 \pm 13,52$ pontos (mínimo de zero e máximo de 40 pontos) e mediana de 22,5 pontos. Usando o teste U de Mann-Whitney para comparação entre grupos (considerando características das pessoas incluídas na primeira fase para análise documental comparativamente com as de esta fase) verifica-se que existem diferenças significativas entre grupos para a variável idade ($p=0,029$), não se verificando diferenças entre grupos para a variável Índice de Barthel ($p=0,323$). A média de dias de internamento no momento da análise dos processos de enfermagem foi de 51 dias (mínimo de um dia; máximo de 84). Da análise dos dados documentados na avaliação inicial foram identificados três clientes com deglutição comprometida no momento de admissão no serviço.

O foco de enfermagem mais frequentemente documentado foi o autocuidado (61,8%) de entre 275 diagnósticos de enfermagem documentados (tabela 47). Comparando com a análise à documentação em maio de 2019, verifica-se que a deglutição surge identificada como foco de atenção dos enfermeiros, verificando-se igualmente um incremento de 39,59% no volume total de focos de enfermagem identificados.

Tabela 47 - Focos de enfermagem identificados - fase 1 vs fase 4

maio de 2019			março de 2020		
Foco	n	%	Foco	n	%
Autocuidado	106	53,9	Autocuidado	170	61,8
Eliminação	21	10,7	Queda	19	6,9
Queda	16	8,2	Úlcera de pressão	18	6,5
Úlcera de pressão	16	8,2	Equilíbrio corporal	15	5,5
Maceração	8	4,0	Eliminação	12	4,4
Comunicação	8	4,0	Comunicação	10	3,6
Equilíbrio corporal	6	3,0	Maceração	8	2,9
Ansiedade	4	2,0	Deglutição	6	2,2
Ferida	4	2,0	Ferida traumática	4	1,5
Vômito	3	1,5	Ansiedade	3	1,1
Expetorar	2	1,0	Aspiração	2	0,7
Adesão ao regime terapêutico	1	0,5	Vômito	2	0,7
Aspiração	1	0,5	Aceitação do estado de saúde	1	0,4
Insónia	1	0,5	Adesão ao regime terapêutico	1	0,4
-	-	-	Espasticidade	1	0,4
-	-	-	Expetorar	1	0,4
-	-	-	Limpeza da via aérea	1	0,4
-	-	-	Movimento muscular	1	0,4
Total	197	100,0		275	100,0

Analisado o foco autocuidado, os autocuidados alimentar-se, transferir-se e vestuário foram identificados em todos os clientes ($n=16$), seguidos dos autocuidados higiene e uso de sanitário ($n=15$), posicionar-se ($n=14$), andar ($n=9$), mover-se em cadeira de rodas ($n=8$), beber ($n=6$), andar com auxiliar de marcha $n= (5)$, levantar-se ($n=4$). Os juízos mais frequentemente utilizados para a construção diagnóstica foram os apresentados na tabela 48. De salientar que a diferença mais significativa relativamente à análise feita em maio de 2019 é a identificação de diagnósticos tendo como cliente o cuidador/familiar cuidador.

Tabela 48 - Juízos usados na atividade diagnóstica – fase 1 vs fase 4

maio de 2019			março de 2020		
Juízo	<i>n</i>	%	Juízo	<i>n</i>	%
Dependência	116	58,9	Dependência	128	46,5
Compromisso	42	21,3	Risco	43	15,6
Risco	27	13,7	Compromisso	40	14,5
Presente	7	3,6	Presente	22	8,0
Potencial para melhorar capacidade	5	2,5	Potencial para melhorar capacidade	26	9,5
			Potencial para melhorar capacidade do prestador de cuidados	16	5,8
Total	197	100,0		275	100,0

Atendendo ao contexto do estudo, realizou-se a análise dos diagnósticos formulados considerando o compromisso na deglutição, sendo que o diagnóstico de deglutição comprometida foi identificado em três pessoas, os diagnósticos deglutição comprometida, potencial para melhorar a capacidade para o uso de estratégias adaptativas na deglutição e risco de aspiração em duas pessoas e os diagnósticos de deglutição comprometida e risco de aspiração em outra pessoa. Verifica-se, assim, uma mudança significativa comparativamente à análise realizada em maio de 2019, sendo que, para além das três pessoas identificadas com compromisso na deglutição no momento de admissão, mais três foram identificadas pelos enfermeiros durante o seu internamento.

Seguidamente, foram analisadas as intervenções planeadas. De um total de 1199 intervenções planeadas, a intervenção do tipo *observar* continua a ser a mais frequentemente utilizada (tabela 49), tendo-se verificado um incremento de 45,33% no volume total de intervenções identificadas.

Tabela 49 - Resumo do n.º de intervenções identificadas por tipo de ação - fase 1 vs fase 4

maio de 2019			março de 2020		
Tipo de Ação	<i>n</i>	%	Tipo de Ação	<i>n</i>	%
Observar	406	49,2	Observar	518	43,2
Atender	177	21,5	Atender	289	24,1
Gerir	85	10,3	Informar	163	13,6
Informar	84	10,2	Gerir	146	12,2
Executar	73	8,8	Executar	83	6,9
Total	825	100,0		1199	100,0

Considerando o tipo de ação, analisaram-se as intervenções documentadas com maior frequência (tabela 50). Da análise mais detalhada do tipo de intervenções verifica-se que nas intervenções do tipo atender houve uma alteração comparativamente à análise realizada em maio de 2019, sendo que são neste momento as intervenções do tipo incentivar (no âmbito do autocuidado) que correspondem a mais de metade deste tipo de intervenção.

Tabela 50 -Intervenções planeadas por tipo de ação - fase 1 vs fase 4

maio de 2019				março de 2020		
Tipo de Ação	Intervenções	n	%	Intervenções	n	%
Observar	Avaliar	252	62,1	Avaliar	311	60,0
	Monitorizar	96	23,7	Monitorizar	86	16,6
	Vigiar	55	13,5	Vigiar	74	14,3
	Inspecionar/Supervisionar	3	0,7	Supervisionar	47	9,1
Atender	Assistir	103	58,2	Incentivar	147	50,9
	Incentivar	66	37,3	Assistir	127	43,9
	Aliviar/Disponibilizar/Encorajar /Escutar/Promover	8	4,5	Aliviar/Disponibilizar/ Encorajar/Promover	15	5,2
Gerir	Otimizar	36	42,4	Providenciar	38	26,0
	Aplicar	14	16,5	Otimizar	30	20,5
	Manter	12	14,1	Aplicar	20	13,7
	Gerir	8	9,4	Planear	20	13,7
	Planear	7	8,2	Manter	18	12,3
	Administrar/Providenciar	6	7,1	Gerir	11	7,5
	Referir	2	2,4	Administrar/ Iniciar/Interromper	9	6,2
Informar	Instruir	43	51,2	Ensinar	65	39,9
	Ensinar	31	36,9	Instruir	58	35,6
	Treinar	10	11,9	Treinar	40	24,5
Executar	Substituição no autocuidado	38	52,1	Executar	37	44,6
	Trocar/inserir/remover	17	23,3	Substituição no autocuidado	31	37,3
	Executar	14	19,2	Trocar/Inserir/ Remover	10	12,0
	Estimular	2	2,7	Estimular	4	4,8
	Aspirar	2	2,7	Aspirar	1	1,2

Verifica-se ainda que, nas intervenções do tipo gerir, a ação de providenciar foi a mais documentada, referindo-se a providenciar dispositivos para o autocuidado. Ao nível das ações do tipo informar e observar de salientar que da totalidade das intervenções planeadas, respetivamente $n=32$ (19,6%) e $n=15$ (2,8%), têm o cuidador/cuidador familiar como cliente.

No que respeita especificamente às intervenções potencialmente relacionadas com a deglutição comprometida, foram identificadas 56 intervenções (tabela 51), sendo as mais utilizadas as intervenções de vigiar refeições, tal como na análise de maio de 2019, e a de supervisionar dieta.

Tabela 51 – N.º de intervenções relacionadas com a deglutição comprometida - fase 1 vs fase 4

maio de 2019		março de 2020	
Intervenção	<i>n</i>	Intervenção	<i>n</i>
Vigiar refeições	13	Vigiar refeições	16
Alimentar através de sonda	5	Supervisionar dieta	13
Otimizar sonda nasogástrica	4	Avaliar deglutição	5
Vigiar conteúdo gástrico	2	Vigiar reflexo de deglutição	5
Executar técnica de posicionamento preventiva de aspiração	2	Instruir técnica de deglutição	3
Inserir sonda nasogástrica	2	Treinar técnica de deglutição	3
Avaliar capacidade para alimentar-se através de sonda	2	Estimular deglutição	2
Assistir alimentar-se através de sonda	2	Executar técnica de posicionamento preventiva de aspiração	2
Avaliar deglutição	1	Administrar líquido espessante	2
Avaliar risco de aspiração	1	Avaliar risco de aspiração	2
Supervisionar dieta	1	Avaliar capacidade para executar técnica de deglutição	1
Remover sonda nasogástrica	1	Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre promover deglutição	1
-	-	Planear dieta	1
Total		36	56

Da mesma forma, foram identificadas as intervenções relacionadas com o autocuidado higiene oral (tabela 52), com um aumento significativo das pessoas a quem a intervenção assistir autocuidado: higiene da boca foi implementada.

Tabela 52 – N.º de intervenções relacionadas com o autocuidado higiene oral - fase 1 vs fase 4

Intervenção	n	Intervenção	n
Assistir autocuidado: higiene da boca	5	Assistir autocuidado: higiene da boca	12
Ensinar sobre autocuidado: higiene oral	2	Ensinar sobre autocuidado: higiene oral	6
Lavar a boca	2	Lavar a boca	3
Inspecionar cavidade oral	1	-	-
Total	10		21

Relativamente às outras técnicas de recolhas de dados, foi realizado um *focus group*, no mês de março de 2020, com duração total de 90 minutos, com todos os participantes que integraram o grupo para a mudança, numa sala do serviço, num ambiente calmo, tranquilo e isento de estímulos exteriores. Para orientar este *focus group* foi elaborado um roteiro de questões moderadamente estruturado sobre a concetualização dos cuidados de enfermagem à pessoa com deglutição comprometida após o AVC, em que foi pedido aos participantes que olhassem para o passado recente, descrevendo os ganhos percebidos e as oportunidades de melhoria resultantes da implementação do projeto. Foi-lhes também solicitado que procurassem perspetivar o impacto, no futuro, das mudanças percecionadas.

Para a observação participante foi utilizada a grelha de auditoria ao procedimento, sendo que esta decorreu nos meses de agosto e setembro de 2020, tendo sido terminada quando todos os processos clínicos de doentes internados com diagnóstico clínico de AVC e disfagia foram auditados e observada pelo menos uma interação enfermeiro/cliente para cada um dos itens de observação da grelha. A grelha compreende 17 itens, 11 deles obtidos mediante consulta à documentação clínica/processo clínico e os restantes seis por observação direta da interação enfermeiro/cliente. Foram auditados 14 processos clínicos, registadas 109 interações enfermeiro/cliente, que resultaram em 263 observações. Com esta técnica procuraram-se complementar os dados obtidos a partir do *focus group*. Esta técnica serviu simultaneamente para auditoria à implementação do projeto. Paralelamente foram sendo registadas notas de campo relevantes e complementares aos dados recolhidos, quer através do *focus group*, quer da observação participante.

A análise dos dados foi orientada no sentido de estruturar a resposta ao objetivo desta fase de avaliação dos resultados da implementação do PMCQCE na conceção e organização dos cuidados de enfermagem e a identificação de oportunidades de melhoria.

Assim, da análise dos dados do *focus group* emergiram quatro categorias com diferentes subcategorias em cada uma delas (tabela 53): ganhos percebidos, oportunidades de

melhoria, barreiras e competências dos enfermeiros. Esta tabela fornece a informação sobre a frequência das unidades de registos na totalidade do discurso para cada uma das subcategorias, o que salienta a relevância atribuída pelos participantes a cada uma delas. Cada unidade de registo, obtida a partir da codificação inicial, corresponde a uma frase ou segmento de texto proferida por cada um dos participantes.

Ganhos percebidos

Esta categoria emergiu da reflexão dos participantes no impacto da implementação do projeto em diferentes dimensões. As subcategorias incluídas salientam a importância dada pelos participantes ao desenvolvimento de um quadro de referência para o exercício da profissão, referindo que “...percebe-se agora a lógica que está por detrás do que fazemos” (E1), “os doentes recebem os mesmos cuidados, seja qual for o enfermeiro” (E2), fazendo referência à utilidade que o desenvolvimento do roteiro clínico tem para a equipa, mas igualmente “para usar em colegas em integração ao serviço, com os estudantes...” (E1). Salientam, ainda, a apropriação coletiva das questões relacionadas com foco na deglutição, alimentação e higiene oral à pessoa internada referindo que “passou a estar nas suas preocupações quando falam dos doentes e não é só pelo projeto, sinto que é mesmo por estarem mais despertos para estas questões da disfagia... da alimentação” (E5), “e houve muitas pessoas que até ficaram motivadas nesta área e muito mais sensibilizadas para estas questões” (E2), “vê-se pelas conversas nas passagens de turno... pela preocupação das pessoas...” (E13). Registado em notas de campo surge a referência: “O roteiro clínico foi incluído no plano de formação para atualização da equipa e é apresentado aos estudantes da especialidade em Enfermagem de Reabilitação em estágio no serviço” (NC21, setembro 2020).

Outra das dimensões valorizada pelos participantes foi o contributo do projeto para a sistematização das práticas, que corresponde à subcategoria com segunda maior expressão. Salientam maior sistematização ao nível da higiene oral às pessoas com deglutição comprometida “acho que houve uma grande mudança e toda a gente está a cumprir o protocolo de higiene oral” (E5), reforçando “a aplicação do protocolo da higiene oral, que era onde eu acho que as pessoas não estavam tão despertas para a importância desta área...” (E2), para além de que “já estamos a usar a clorhexidina na higiene oral dos doentes...” (E5). Referem ainda que o projeto trouxe “a uniformização das práticas... estamos todos agora mais alinhados...” (E5), “contribuiu de alguma forma para uniformizar as práticas” (E1). Para além disso enfatizam o foco da equipa nas pessoas com compromisso da deglutição, manifestando que “os enfermeiros fazem questão de acompanhar a primeira refeição de todos os doentes, independentemente de virem ou não identificados como disfágicos” (E5), “Sobretudo nestas primeiras refeições já fazemos

questão de estarem sempre acompanhados por enfermeiros” (E13) e refletindo que em termos gerais têm a percepção de “melhoria nos cuidados...” (E5), “... a melhoria das práticas... isso é sem dúvida a mais valia...” (E2), como grande contributo do projeto, “foi benéfico para todos... profissionais e doentes...” (E1), “é sempre positivo... quer para nós, como para o doente” (E2). Estes aspetos são corroborados pelas notas de campo e pelo resultado da auditoria que não identificou

“não conformidades ao nível da avaliação inicial, acompanhamento da pessoa com compromisso da deglutição durante as refeições por enfermeiro, na primeira refeição e nas seguintes feitas em internamento. (...) São adotadas estratégias compensatórias durante a refeição, especialmente ajustamento postural e modificação das consistências alimentares. É cumprido o protocolo de higiene oral (duas vezes/dia) com antisséptico” (NC20, agosto de 2020).

Outra das subcategorias identificadas é a documentação das práticas, que teve particular relevância na primeira fase do estudo. “Tem de estar muito melhor... de certeza... estão muito mais completos...” (E13), “os registos acho que melhoraram...” (E5), “já vemos nos doentes os diagnósticos que correspondem exatamente aquilo que estamos a fazer... e antes não tínhamos” (E13), “até ao nível dos registos das visitas familiares agora já registamos o que estamos a fazer” (E2).

Outra das subcategorias está relacionada com a disponibilização da solução oral antisséptica para a realização da higiene oral “temos a clohexidina a 0,2%” (E2). Nas notas de campo está registada a disponibilização de “clorhexidina prescrita para todos os doentes com disfagia” (NC20, agosto de 2020).

Por último, a subcategoria *conhecimento* corresponde aos ganhos que os participantes identificam, fruto da formação contínua e das várias reuniões realizadas ao longo do projeto e das repercussões que teve na equipa “formação... que estávamos mesmo a precisar” (E2), “sem dúvida a atualização do conhecimento” (E13), “a parte do conhecimento, a atualização, fazia falta” (E12), “agora os enfermeiros estão mais despertos” (E5).

Oportunidades de melhoria

Esta categoria corresponde ao que os participantes identificaram, nas diferentes subcategorias, como aspetos onde existia espaço para melhorar. Algumas das oportunidades identificadas tiveram um efeito mais imediato, pois prendiam-se com sugestões de melhoria para aumentar a inteligibilidade do *roteiro clínico* e que se revestiu de particular importância na discussão. “Colocarmos a dosagem que está a ser usada que é para que o roteiro fique de acordo com o que existe disponível no serviço... só isso... é nessa medida que é importante, para ficar direito lá...” (E1), para além de “como está até parece que o doente que tem disfagia não é acompanhado na primeira refeição” (E13) e

“porque o objetivo é que as pessoas o percebam logo... não é suposto terem de andar sempre a consultar as instruções” (E12). Acrescentaram sugestões de carácter essencialmente de forma no roteiro como por exemplo “eu já tinha perguntado se era só para os que têm alterações ou se era para todos. Acho que pondo a seta fica mais claro” (E12), “pois, se pusermos a seta para os dois lados fica mais claro” (E5), uma vez que consideraram que o mais importante seria “tu ao olhares para o fluxograma tens de perceber logo o que fazer” (E12). As alterações propostas pelos participantes foram de imediato incorporadas pela investigadora no roteiro clínico e consensualizadas por todos.

Outra das subcategorias é a *operacionalização da documentação*, nomeadamente ao nível da parametrização do sistema de informação “se estiver lá um instrumento como a GUSS é muito mais prático e objetivo” (E5), “ou outro qualquer” (E2), “mas que saibamos de onde veio... como é que se preenche” (E5), acrescentando que “é preciso parametrizar as intervenções, esse trabalho ainda não foi feito” (E5). A discussão entre os participantes enfatiza: “o ideal seria que se conseguisse concentrar todos os dados clínicos e informação do plano terapêutico partilhado pelos profissionais num só sistema” (E1), apontando para a necessidade de “ser um sistema só único, com tudo do doente lá” (E2), “são necessários sistemas inteligentes... mais intuitivos...” (E1). Quer das notas de campo quer da auditoria resulta a observação de que “as preferências alimentares dos doentes e as modificações das consistências alimentares estão registadas no sistema de Gestão Hospitalar de Armazém e Farmácia (GHAF) em todos os processos auditados” (NC22, setembro de 2020), não se tendo por isso verificado alteração a este nível comparativamente com a primeira fase.

Outras das subcategorias identificadas está relacionada com os *materiais disponíveis* para a realização da higiene oral à pessoa com compromisso da deglutição, concretamente as escovas para higiene oral com aspiração “as que temos neste momento ligam mal” (E5), “... quer dizer, muito mal” (E12) e que “é difícil fazer a higiene oral assim” (E2). Relativamente à solução antisséptica para higiene oral apontam o formato de disponibilização como promotor do desperdício “vêm frascos de 100 ml” (E5), “é demais... por isso é que temos de pedir para suspender que elas mandam sempre da farmácia” (E2), “o ideal era em unidose, havia menos desperdício. Já pedimos, mas não têm” (E1).

Esta última questão identificada nas oportunidades de melhoria relativa aos materiais está relacionada com a oportunidade de melhoria identificada pelos participantes ao nível da metodologia de organização do trabalho uma vez que “os médicos prescrevem sempre... nós é que temos de ter o cuidado de que já passaram os 15 dias” (E5), “fica lá sempre se não lhes dissermos nada” (E12) “e a nós às vezes também nos passa” (E2) e que por isso

“na higiene oral não estamos ainda a cumprir os 15 dias de utilização, às vezes é mais” (E5) refletindo na necessidade de “temos de tentar melhorar isto” (E1).

Por último, ainda nesta categoria, a subcategoria *desenvolvimento profissional contínuo* emerge como a consciencialização da necessidade de aperfeiçoamento profissional contínuo “irmos formando todos os profissionais e sensibilizar para esta questão da disfagia, principalmente os que vão vindo de novo” (E2) e a necessidade de ser tema a incluir na formação contínua “acima de tudo fazermos atualização permanente” (E2), “há sempre coisas novas a sair” (E1). Nas notas de campo referido que “O roteiro clínico foi incluído no plano de formação para atualização da equipa (...)” (NC21, setembro de 2020).

Barreiras

Esta categoria assumiu particular relevância no discurso dos participantes considerando que representou mais de um terço (37,26%) das questões discutidas entre o grupo. A subcategoria *cultura organizacional* emerge como a mais representativa e traduz o peso que esta tem na forma como os cuidados são organizados e no trabalho em equipa “os planos terapêuticos não são dos doentes, são dos profissionais, ou seja, o protocolo é de cada profissional, não é do doente” (E2), “nunca houve espírito de colaboração” (E13), “nós não conseguimos fazer as nossas intervenções porque não trabalhamos sozinhos e devíamos todos trabalhar em equipa... a pensar nos doentes. E esse continua a ser o grande entrave” (E2), “há neste hospital uma perda de autonomia dos enfermeiros que é atroz” (E1), referindo que percebem que nunca “nós nos sentíssemos que fôssemos bem-vindos a ter um papel mais ativo nesta área” (E13), “sente-se um conflito latente... elas no dia a seguir se percebem que estivemos a trabalhar isso com o doente não gostam” (E2), sentem que existe “(...) desconfiança” (E2) e que as terapeutas da fala “sentem-se ameaçadas” (E12). Acrescentam que “é algo que já está enraizado aqui... é assim... sempre foi assim” (E12), “o passado trouxe-nos um conjunto de experiências que nos levaram a ter um determinado tipo de comportamentos” (E13) e que “foi uma situação que se foi criando e agora para reverter acho que... tem de ser uma atitude geral de todos” (E2). Afirmam que “(...) tem de haver mudança” (E12), mas que “neste momento noto pouca vontade para alterar este tipo de pequenas coisas... que no fundo... no fundo são as grandes pedras do caminho” (E13).

Outra das subcategorias que teve particular relevância na categoria das barreiras foram os constrangimentos relacionados com o *sistema de informação*. Um dos constrangimentos está relacionada com a necessidade de adequação dos sistemas de informação às necessidades de documentação e acesso aos dados “Nós não temos no SClínico o botão para fazer o rastreio nutricional” (E2) e “só as assistentes sociais e psicólogas é que

conseguem registrar, não está introduzido o módulo para os outros técnicos registarem” (E5), para além de que “toda a informação sobre o regime terapêutico e alimentar está num programa e o resto está noutra” (E12) e que “o problema é que não há interoperabilidade entre os sistemas, isso tornaria as coisas mais fáceis” (E13), “não comunicam entre si” (E12). Outro dos constrangimentos apontados está relacionado com a parametrização do sistema, “começa por não ter lá uma escala... aquilo que lá está não é uma escala que possamos usar...” (E2), “tem muitos itens... não é prático e não precisamos disso tudo para saber se tem disfagia ou não” (E12), “se não pusermos os cliques lá onde ele quer mesmo não estando bem, principalmente na avaliação da disfagia, ele não deixa avançar” (E13), “eu acho é que isso acaba por não ser muito... não estamos a ser rigorosos” (E5), “aquilo não é objetivo... não é prático... não orienta para uma avaliação coerente” (E1), “depois aquilo tem lá outras coisas que nem usamos” (E5). Acrescentam ainda que “o que lá está não é muito claro. E o resultado que devolve no final... não sabemos bem como é alcançado” (E5), “até porque depois quando vamos reavaliar é um problema” (E13), “não é... não traduz o que precisamos (...) o status do diagnóstico não fica corretamente definido” (E1), concluindo que o próprio sistema de informação se constitui como uma barreira “há coisas que o sistema não deixa fazer” (E5) e que apesar de percecionarem melhorias na documentação “continua a haver barreiras do próprio sistema” (E13). Em notas de campo surge o registo de que “Não está disponível no aplicativo informático a funcionalidade de rastreio nutricional através do NRS 2002, tal como previsto no documento de apoio à implementação sistemática da avaliação do risco nutricional” (NC4, setembro de 2020). Está igualmente registada a informação de que “A comunicação e transmissão de informação clínica entre profissionais médicos e de terapia da fala continua a ser realizada oralmente” (NC20, agosto de 2020).

Outra das barreiras identificadas pelos participantes está relacionada com os *recursos humanos* da instituição, salientando a inexistência de um profissional da área da nutrição para acompanhamento das pessoas com risco nutricional identificado. “(...) continuamos a não ter nutricionista nossa” (E2), “nós também não temos nutricionista, a que há é da SUCH e não pode ter acesso aos processos clínicos” (E5), “pois, é outro entrave” (E2), acrescentando que “isto até é obrigatório fazer. Saiu uma norma...” (E13), “assim não adianta fazer rastreio” (E2). Em notas de campo existe a nota que

“Em situações pontuais é pedida a colaboração do nutricionista dos serviços de alimentação (que são externos à instituição) para a definição de planos nutricionais mais ajustados à pessoa. Essa colaboração é pontual e geralmente sem continuidade ou reavaliação, uma vez que o nutricionista não pertence ao serviço. Toda a comunicação é feita por email sem registo no processo clínico” (NC21, setembro de 2020).

Competências dos enfermeiros

Esta categoria emergiu naturalmente na discussão como resultado da reflexão dos participantes sobre o seu papel no serviço, na instituição e com a pessoa de quem cuidam. Neste contexto, a subcategoria *desvalorização* teve particular relevância e traduz o impacto que a cultura da organização e o comportamento de cada um e da equipa tem neste domínio de desvalorização das competências dos enfermeiros “Eu acho que isto foi mais uma daquelas áreas que nós deixamos de ter como nossas... e agora”(E5), “(...) tentamos não dar muitas informações do que fazemos para não ferir suscetibilidades “ (E2), “eu acabo por não trabalhar muito com estes doentes porque as terapeutas da fala não gostam” (E5). Acrescentam ainda que “as terapeutas da fala acabam por criar protocolos sem nos consultar... ou sem... sem nos incluir (...) têm o protocolo delas que nunca foi divulgado ou partilhado com a equipa de enfermagem” (E2), o que entendem ter impacto na pessoa “chegamos a ter doentes que durante a semana são alimentados oralmente e chegam ao fim de semana que elas não estão é exclusivamente por sonda” (E5), “fazem a introdução da alimentação progressiva em termos de quantidades e consistências e... depois à noite não estão” (E13), “e não permitem que sejam alimentados por nós oralmente” (E5), reforçando que o plano terapêutico da pessoa não é partilhado entre profissionais “mas nunca nos dão esse tipo de informação” (E2). Referem ainda que

“lembro-me de dois ou três casos em que mudamos e depois houve reavaliação da terapeuta da fala e voltou ao que estava porque eles não concordavam... e que depois o que nós verificávamos na prática é que o doente continuava com sinais de engasgamento ou o contrário” (E13),

que “ao início se alguém falava que ia alterar alguma coisa sem falar com as terapeutas era quase sacrilégio” (E5), “se há um tempo atrás se alguém tivesse a iniciativa de o fazer havia logo mil e uma questões” (E13) e que “quando elas souberam foi uma guerra... mas acabaram por dar continuidade” (E2). Realçam a dificuldade na gestão de expectativas da pessoa e família “e este tipo de regressão, que ainda por cima é programada... é que no fundo é programada! Eles não estão preparados para isto. E esta gestão de expectativas é muito difícil... quando nós podemos alimentar o doente também, não é!?” (E13), “E não é só aos doentes... mesmo às famílias... *Olha, eles estão a comer pela boca, mas é só ao almoço... porque não está cá a terapeuta da fala... ao jantar vamos dar pela sonda*” (E5), “como é que a gente explica a um doente que de segunda a sexta ao almoço e ao lanche ele come pela boca e depois ao jantar e aos fins de semana... que é muito mais vezes... tem de comer por sonda!?” (E1). Numa análise reflexiva apontam que “mas eu acho que isto não é só culpa delas [terapeutas da fala], é culpa de toda a gente... é culpa da equipa, é culpa de nós enfermeiros... e foi uma situação que se foi criando e agora para reverter...” (E5), acrescentando que “é mais fácil dizer: olhem, liguem à terapeuta da fala para vir ver

isso” (E5), “mais uma vez é a perda daquela área... os colegas começam a dizer: ah, isso não é nosso” (E5),

“eu acho que efetivamente o contexto potencia (...) mas por outro lado eu acho que os próprios enfermeiros não querem assumir... ou pelo menos em algumas situações não querem assumir a responsabilidade de tomar a decisão autonomamente... e o não querer tomar a decisão não é porque não sabem... é o não querer tomar se calhar porque estão tão programados pelo passado e não se querem estar a chatear porque sabem que vai ter consequências” (E1),

“é verdade... não querem chatices” (E2). Em notas de campo, ficou registado o relato relativo a

“Durante a discussão percecionou-se um sentimento de frustração e descontentamento nos participantes pelo sentimento de não estarem a potenciar as suas competências em benefício da pessoa e família, expresso por frases mais emotivas (perceção associada à entoação da linguagem) e expressões faciais (NC19, março de 2020),

e corroborado por afirmações como “Eu tenho um sentimento de perda... sinto que aquilo que temos feito está ainda muito aquém, na reabilitação, daquilo que realmente pode ser feito pelo doente” (E5) e que “nós que até somos da área da reabilitação até sabemos que fazer uma vez por dia ou fazer duas vezes por dia ou até mesmo três tem um resultado diferente na recuperação do doente” (E2). Salientam com particular relevo a dificuldade na gestão das expetativas da pessoa “E esta gestão de expetativas é muito difícil... quando nós podemos alimentar o doente também, não é!? ... e a gestão da expetativa do doente é a coisa mais importante nestes internamentos” (E13) “e isto vai lá é pela insistência e persistência... (E5), “na reabilitação as coisas não acontecem de um dia para o outro...” (E13).

Por outro lado, reconhecem as suas competências, que se refere a outra subcategoria, tendo consciência do papel que desempenham no processo de reabilitação da pessoa, na preparação da alta, capacitação do cuidador e no seio da equipa multidisciplinar, “somos nós que temos de dar esse tipo de informação... como é que devem preparar a alimentação...” (E2), “quais são as estratégias durante a alimentação... nós é que fazemos esses ensinamentos...” (E5), “nestas famílias nós acabamos por fazer muitos ensinamentos sobre as consistências da alimentação para o fim de semana, porque não são as terapeutas da fala que fazem o trabalho de preparação da família” (E2), “nós fazemos os ensinamentos todos às famílias da alimentação e para o doente para a alta... e mesmo para as idas a casa ao fim de semana” (E13), sendo que consideram que todos os profissionais devem contribuir para a reabilitação da pessoa sendo necessário

“as pessoas sentarem-se todas à mesa e pensarem que nós estamos aqui para trabalhar para o doente e eu tenho profissionais que estão habilitados a dar

continuidade... oh pá... nem que o plano terapêutico tenha sido estabelecido por outro profissional... seja iniciado por outros! Não tenho nada contra o plano terapêutico ser definido pela terapeuta da fala... mas nós temos alguém que tem capacidade para lhe dar continuidade..." (E1),

referindo que a dificuldade na articulação de um plano multidisciplinar de cuidados para a pessoa faz com que "é uma pena porque é o doente que perde" (E12). Alguns dos participantes, no entanto, referem que "nas tardes acabo por aproveitar e usar mais estas estratégias de reabilitação em termos de exercícios orofaciais" (E2), "por também procurar validar o que eles já sabem..." (E5) e perceber as "estratégias de que eles já têm conhecimento da terapia da fala e dar um pouco de continuidade e incentivar a reabilitação" (E2), assumindo a área do autocuidado alimentar-se como responsabilidade dos enfermeiros "A gente até é que lhes dá de comer... durante a tarde, ao fim de semana" (E12), "nós é que alimentamos os doentes" (E2). Dos seus discursos emerge igualmente a importância que os enfermeiros têm no seio da equipa multidisciplinar "se durante a semana acontecer alguma coisa durante o almoço ou ao lanche, vão chamar o enfermeiro porque o enfermeiro é que está preparado para atuar em situações de urgência em que os doentes necessitem de aspiração" (E13) e intervém sempre que consideram importante no âmbito do plano terapêutico da pessoa "somos autónomos e se tivermos de fazer uma intervenção fazemos" (E2), "...fizeste uma alteração de dieta ao [nome do doente] e não estiveste à espera da terapeuta da fala. Ele precisava, para a segurança dele..." (E13).

Tabela 53 - Frequência da codificação das unidades de registo para cada subcategoria - fase 4

Categoria	Subcategoria	Frequência	%
Ganhos percebidos	quadro de referência para o exercício	17	4,76
	sistematização das práticas	13	3,64
	documentação das práticas	9	2,52
	recursos materiais	8	2,24
	conhecimento	6	1,68
Oportunidades de melhoria	roteiro clínico	46	12,89
	operacionalização da documentação	18	5,04
	materiais	15	4,20
	metodologia de organização dos cuidados	9	2,52
	desenvolvimento profissional contínuo	3	0,84
Barreiras	cultura organizacional	64	17,93
	sistema de informação	60	16,81
	recursos humanos	9	2,52
Competências dos enfermeiros	desvalorização	48	13,45
	consciência do papel	32	8,96
Total		357	100

Importa referir que se verificou uma mudança ao nível da organização das metodologias de trabalho que aconteceu depois da realização desta reunião de *focus group*. Em maio de 2020 foi emitida pelo Conselho de Administração uma circular interna determinando que, sendo a alimentação um dos focos de atenção dos enfermeiros no âmbito do autocuidado, o acompanhamento e supervisão da alimentação de todas as pessoas internadas é responsabilidade destes profissionais. Por este motivo, e não tendo reflexo nos dados recolhidos durante o *focus group*, esta alteração teve impacto significativo na metodologia de organização dos cuidados à pessoa com deglutição comprometida e que ficou expresso nas notas de campo. Nesta dimensão salienta-se que

“O acompanhamento dos doentes pela terapia da fala no internamento durante as refeições é pontual. As terapeutas da fala apenas acompanham os doentes durante as refeições quando há a necessidade de treino específico e deixam a informação por escrito – em nota apenas ao processo clínico - dos doentes que precisam de acompanhamento específico e em que refeições estarão a acompanhar os doentes” (NC4, setembro de 2020).

No que concerne a auditoria realizada, foram identificadas um total de 55 não conformidades (tabela 54), num total de 263 observações. Analisando com mais pormenor os resultados da auditoria verifica-se que a maior parte das não conformidades identificadas estão relacionadas com a documentação no sistema de informação em uso (48 das 55 não conformidades), indo ao encontro das barreiras identificadas pelos participantes no *focus group*. Nestes resultados de salientar a não documentação da avaliação do risco nutricional e o não encaminhamento de pessoas com risco nutricional para um nutricionista, corroborando os dados recolhidos no *focus group*. De notar ainda que, para o item 3.2, ficou registado em observações que a não intervenção junto do familiar cuidador se deveu ao facto de estes doentes não estarem a receber visitas na sequência das orientações implementadas no âmbito do plano de contingência contra a Covid-19 da instituição. Verifica-se assim que não foi alcançada a meta de menos de 15% de não conformidades, sendo que estes resultados foram posteriormente analisados pelo grupo para a mudança e identificadas as oportunidades de melhoria, principalmente ao nível da documentação das práticas. De registar que à data da conclusão desta fase do estudo a instituição estava a preparar concurso público para admissão de um nutricionista (informação prestada pelo enfermeiro diretor).

Tabela 54 - Não conformidades resultantes do processo de auditoria

Item	Não conformidade	%
1.1 Realizada avaliação inicial pelo enfermeiro e médico na consulta/admissão com utilização de instrumentos de rastreio ou dados da história clínica.	1	0,4%
1.2 Está documentada a avaliação do risco nutricional.	14	5,3%
1.5 Doentes com risco nutricional são encaminhados para nutricionista.	6	2,3%
1.8 Está documentado o resultado da avaliação inicial.	12	4,6%
1.10 Estão documentadas as intervenções de enfermagem (compensatórias e/ou de reabilitação) em resposta aos dados da avaliação inicial.	6	2,3%
2.3 Está documentada, na última semana, pelo menos uma intervenção relacionada com as estratégias compensatórias e/ou de reabilitação.	6	2,3%
2.4 Está documentada, nas últimas 24 horas, pelo menos uma intervenção relacionada a higiene oral.	1	0,4%
3.2 Está documentada, na última semana, pelo menos uma intervenção envolvendo o cuidador e/ou capacitação do doente, com vista à alta.	9	3,4%
Total	55	20,9

5. DISCUSSÃO

Na primeira fase do estudo observaram-se os registos documentais de 16 clientes admitidos num serviço de internamento de um centro de reabilitação com diagnóstico de AVC. Dos resultados salienta-se, no âmbito da avaliação inicial, a existência de sete clientes com registo de deglutição comprometida à data da admissão, sendo que de tal não resultaram diagnósticos de enfermagem relacionados quer com a deglutição comprometida, quer com o risco de aspiração. Seria expectável que a informação contida na avaliação inicial providenciasse dados que estivessem refletidos na planificação dos cuidados. Não existe integridade referencial entre os dados documentados na avaliação da condição da pessoa e os focos identificados pelos enfermeiros. Aliás, Abreu et al., (2015) salientam esta questão ao referir que a história clínica proporciona toda a informação sobre o cliente no momento do internamento e fornece fundamento para que a equipa de enfermagem planeie melhor e mais uniformemente os cuidados de enfermagem durante o internamento.

De facto, os diagnósticos de enfermagem mais frequentemente identificados foram os da dependência no *autocuidado*. Isto ressalta a relevância dada pelos enfermeiros ao autocuidado, enquanto o *core* dos cuidados de enfermagem no domínio das intervenções autónomas, indo ao encontro das prioridades e referenciais para a prática, definidos pela Ordem dos Enfermeiros (2007, 2012). No resumo mínimo de dados de enfermagem, no *core* de focos considerados mais relevantes, o tipo de autocuidados identificados são o alimentar-se, a higiene pessoal, o transferir-se, o uso de sanitário, vestir e andar (Ordem dos Enfermeiros, 2007), indo ao encontro dos tipos de autocuidados mais identificados neste contexto de prática clínica à pessoa após AVC. Também o foco aspiração se encontra referenciado no resumo mínimo de dados de enfermagem como relevante para a prática de enfermagem (Ordem dos enfermeiros, 2007), capaz de refletir ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem, no entanto, e apesar do compromisso da deglutição estar identificada na avaliação inicial de sete clientes, apenas um diagnóstico foi formulado com este foco.

Da análise da totalidade das 825 intervenções por tipo de ação, verificou-se que 49,2% são do tipo *observar*, sendo que este tipo de intervenção produz informação útil para a avaliação da condição clínica da pessoa e para a continuidade dos cuidados, contudo não produz diretamente ganhos sensíveis aos cuidados de enfermagem. Estas intervenções

revelam “a ênfase de uma intencionalidade orientada para prevenção de complicações e para detecção precoce de agravamento da situação clínica” (Machado, 2013, p. 198). Mota et al., (2018) referem que estas intervenções evidenciam igualmente a utilidade dos dados para outros profissionais da equipa de saúde, nomeadamente os médicos, levando à sua valorização pelos enfermeiros nos processos de recolha, processamento e documentação. Estes resultados vão ao encontro dos resultados encontrados por estes autores na análise às intervenções implementadas por enfermeiros num contexto de consulta externa, verificando que 57,07% das intervenções implementadas eram do tipo *observar*. Também Padilha (2013) na análise das intervenções de enfermagem documentadas em contexto de internamento verificou que 41,01% das intervenções são do tipo *observar*. Estes resultados salientam a notoriedade das atividades de vigilância na ação dos enfermeiros (Machado, 2013).

Relativamente às intervenções potencialmente relacionadas com a deglutição, identificam-se algumas intervenções, o que sugere que os enfermeiros, independentemente dos diagnósticos documentados, planeiam intervenções dirigidas a este foco. Num estudo anterior, foram já identificadas incongruências entre os diagnósticos e as intervenções, denotando uma aparente confusão na documentação e na utilização dos conceitos/terminologias, sugerindo a necessidade de melhorar a operacionalização destes conceitos nas equipas de enfermagem, adequando o que os enfermeiros valorizam através da documentação das reais necessidades dos clientes (Abreu et al., 2015). Efetivamente, da totalidade dos diagnósticos identificados, apenas um estava relacionado com o foco *deglutição* e, quando analisadas as intervenções com a integridade referencial verificou-se apenas uma intervenção, tendo sido identificadas no total 39 intervenções potencialmente relacionadas com este foco. Diversos estudos corroboram a necessidade de melhorar o processo de documentação em enfermagem de modo a que seja possível obter informação válida (Abreu et al., 2015; Machado, 2013; Mota et al., 2018; Padilha, 2013).

No que concerne as outras intervenções, analisadas por tipo de ação, salienta-se o reduzido número de intervenções documentadas do tipo *informar* e *gerir*, que correspondem a menos de um quinto das intervenções documentadas, levantando a questão se os enfermeiros não implementam esse tipo de intervenção ou se as implementam mas não as documentam (Abreu et al., 2015). Denota-se uma vez mais que as práticas poderão não estar adequadamente valorizadas na documentação de enfermagem, uma vez que a “existência de sistemas de informação por si só, não assegura a produção de informação válida e útil, a quantidade e qualidade dos dados produzidos são aspetos determinantes para que essa informação seja uma realidade” (Machado, 2013, p. 135).

Nos resultados obtidos a partir dos *focus group* e da observação participante no que concerne a concetualização dos cuidados de enfermagem à pessoa com deglutição comprometida após o AVC na primeira fase do estudo importa salientar que a primeira etapa no processo de enfermagem é a avaliação, que implica a recolha de dados e informação pertinente relacionada com a pessoa/família ou comunidade, informação esta indispensável para a identificação dos diagnósticos de enfermagem (Kuiper et al., 2017). Nesta área, os participantes evidenciam a influência de vários fatores no processo de tomada de decisão. A formação é um dos fatores que está positivamente relacionada com a tomada de decisão (Nibbelink & Brewer, 2018). Os participantes reconhecem a importância do desenvolvimento profissional contínuo enquanto estratégia promotora do desenvolvimento profissional e da qualidade dos cuidados de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2012). Neste contexto, os participantes identificam que a avaliação é fundamental na conceção de cuidados como a primeira etapa para o processo de enfermagem (Kuiper et al., 2017), o que contraria achados anteriores que revelam que é baixa a consciência da importância da avaliação da deglutição nos enfermeiros (Abu-Snieneh & Saleh, 2018). Por outro lado, reconhece-se como positivo o foco na pessoa e família na preparação para a alta, verificando-se que os participantes os tomam como alvo dos cuidados, reforçando a importância dada pelos enfermeiros no processo de tomada de decisão colaborativo, que coloca a pessoa no centro dos cuidados de saúde (Standing, 2014). No entanto, ao nível da conceção de cuidados, os dois fatores que mais influenciam negativamente o processo de tomada de decisão são a documentação das práticas e a desvalorização das competências dos enfermeiros.

Os resultados tornam clara a particular relevância atribuída pelos participantes à documentação das práticas, pelo entendimento que têm que a mesma é fundamental para a avaliação do progresso no sentido da consecução de resultados em saúde. As limitações expressas pelos participantes coincidem com os achados da análise às práticas documentais de clientes a quem, na avaliação inicial, foi identificado o compromisso na deglutição, mas que, no entanto, não ficou refletido nos diagnósticos e intervenções de enfermagem (Oliveira, Couto & Mota 2019). O relato dos participantes clarifica que este é um foco valorizado na prática, no entanto existem constrangimentos na operacionalização da documentação. Importa compreender se essas limitações são inerentes ao sistema de informação ou aos profissionais, uma vez que neste momento é crescente a evidência da necessidade de melhorar a documentação das práticas (Abreu et al., 2015; Oliveira, Couto & Mota, 2019). Só assim é possível medir os ganhos em saúde dos clientes sensíveis aos cuidados de enfermagem, tornando claro o contributo da enfermagem, no seio da equipa multidisciplinar, para a consecução de resultados em saúde. Este é o mandato social da

profissão e a existência de um sistema de registos de enfermagem “que incorpore sistematicamente, entre outros dados, as necessidades de cuidados de enfermagem do cliente” contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2012, p. 18).

Outro dos fatores que influencia em grande medida o processo de tomada de decisão é a desvalorização das competências dos enfermeiros. Estes resultados evidenciam a atualidade da lógica da hierarquização em que o princípio dominante do trabalho é a oposição entre o comando e a execução, desenvolvendo-se a relação entre enfermeiros e terapeuta da fala numa relação de dominação/subordinação ao invés de cooperação (Carapinheiro, 1998). Esta lógica é potenciada pelas metodologias de trabalho instituídas e por fatores identificados no ambiente de cuidados, como a cultura organizacional. Estes constrangimentos impelem a perda de autonomia dos enfermeiros, passando estes a assumir o papel de executor numa lógica de intervenção interdependente (Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro), distanciando-se da utilização da metodologia científica que caracteriza o processo de cuidados de enfermagem (Kuiper et al., 2017). Os profissionais, mesmo com vários anos de exercício profissional naquele contexto, que levaria a pressupor um elevado nível de proficiência, não se assumem como peritos nesta área, influenciando negativamente o processo de tomada de decisão.

Existem, ainda, outras subcategorias identificadas no ambiente de cuidados que contribuem negativamente: as dotações e a motivação. Efetivamente, as dotações têm impacto na qualidade e segurança dos cuidados e, mesmo sendo difícil a definição de dotações seguras em enfermagem (Freitas & Parreira, 2013), a evidência mostra que a redução do rácio cliente/enfermeiro melhora os resultados dos clientes (Aiken, et al., 2011) o que, por sua vez, tem impacto na motivação. É conhecido o efeito do ambiente de cuidados, incluindo a dotação, na motivação profissional (Freitas & Parreira, 2013). Ao nível da prestação de cuidados, na categoria Implementação das terapêuticas de enfermagem, existe por parte dos participantes a perceção de práticas adequadas, traduzida na implementação de estratégias compensatórias. Este conjunto de medidas parece ser o mais eficaz para garantir a segurança da via aérea das pessoas com deglutição comprometida após o AVC (Bath et al., 2018).

Esta primeira fase do estudo permitiu, acima de tudo, contextualizar como os enfermeiros concetualizam e implementam as terapêuticas de enfermagem à pessoa com deglutição comprometida e identificar as barreiras e os facilitadores ao PMCQCE. De facto, o contexto, quer ao nível organizacional, quer ao nível do serviço, influenciam em grande medida o sucesso de qualquer intervenção desenhada para a melhoria contínua do desempenho profissional e, conseqüentemente, da qualidade dos cuidados (Grant & Coyer, 2020; Jean

et al., 2019). A definição de intervenções “à medida”, que procuram ultrapassar as barreiras e maximizar o impacto dos facilitadores, têm-se mostrado mais efetivas na implementação de estratégias de melhoria da qualidade dos cuidados de saúde (Baker et al., 2015).

Da mesma forma, a evidência sugere que a utilização de diferentes estratégias, numa intervenção multimodal, conduz a uma maior adesão dos profissionais a orientações clínicas (Flodgren et al., 2016). Neste domínio, a estratégia de opinião de líderes, através do denominado grupo para a mudança, mostrou-se eficaz na mudança do comportamento dos profissionais da equipa e que veio a ser corroborado pelos achados durante a fase de planeamento, altura em que, mesmo sem estarem ainda definidas todas as estratégias, se verificaram mudanças no sentido da utilização da evidência que foi sendo partilhada pelo grupo. A evidência sugere que a estratégia de opinião de líderes, usada de forma isolada ou combinada com outras estratégias, promovem a PBE (Flodgren et al., 2019), reforçando assim o importante papel que o tipo de liderança tem na enfermagem enquanto facilitador da PBE, assim como na qualidade dos cuidados (Akbiyik et al., 2020; Drury et al., 2016). A associação desta estratégia com estratégias educacionais (formação em serviço e disponibilização de material didático), a criação de instrumentos para a implementação das orientações clínicas e o forte envolvimento do equipa mostraram-se efetivos na implementação do PMCQCE, reforçando a evidência que sugere que este tipo de intervenção parece aumentar a translação e utilização da evidência científica (Curtis et al., 2017; Flodgren et al., 2016).

Neste contexto, de salientar que duas revisões sistemáticas da literatura sobre barreiras e facilitadores nos enfermeiros para a PBE (Baatiema et al., 2017; Shayan et al., 2019), uma delas tendo como foco profissionais em exercício em unidades de AVC (Baatiema, et al., 2017), salientam como barreiras a falta de trabalho em equipa e a falta de protocolos ou roteiros clínicos para a implementação da evidência. Interpretando os facilitadores como o oposto das barreiras, o grupo para a mudança, enquanto elemento agregador da equipa, e a elaboração do roteiro clínico, mostraram ser facilitadores da mudança verificada na equipa ao nível das suas práticas e da documentação.

No que concerne a análise da documentação, verificou-se um incremento global nos dados registados, quer ao nível dos focos de enfermagem identificados, da atividade diagnóstica e do número absoluto de intervenções planeadas. Este aumento poderia estar relacionado com um perfil de dependência mais elevado das pessoas sobre a qual recaiu a análise documental nesta fase, no entanto, a comparação entre grupos sugere que o perfil de pessoas é semelhante em termos de dependência e por isso com necessidades de cuidados também semelhantes. A análise evidencia que se mantém o foco autocuidado como o mais frequentemente utilizado, sendo notado um incremento ao nível dos dados

com foco na deglutição, no risco de aspiração e no prestador de cuidados, indo ao encontro dos achados da primeira fase do estudo que evidenciou através do *focus group* a percepção pelos participantes de práticas adequadas e do foco na pessoa e familiar cuidador. Estes resultados sugerem maior coerência entre o realizado e o documentado. De facto, mesmo ao nível das intervenções, verificou-se maior coerência entre os achados do *focus group* na fase de implementação relativamente ao acompanhamento pelo enfermeiro de todas as refeições das pessoas com disfagia e a realização de higiene oral, tornando evidente a valorização do autocuidado higiene oral na pessoa com deglutição comprometida pelos participantes. Efetivamente, a implementação de protocolos de higiene oral intensificada com utilização de clorohexidina reduz a incidência de pneumonia por aspiração (Sørensen et al., 2013). Verificou-se igualmente um aumento da frequência de intervenções do tipo providenciar e incentivar (ambas no contexto do autocuidado), corroborando a missão da organização e indo assim ao encontro das prioridades e referenciais para a prática, definidos pela Ordem dos Enfermeiros (2007; 2012).

No entanto, e apesar de uma melhoria na documentação das práticas, mantém-se algumas barreiras, evidenciadas na auditoria e identificadas pelos participantes no *focus group*. Se por um lado existe evidência que sugere que o envolvimento dos utilizadores e o treino para a utilização dos sistemas de registos eletrónicos melhoram a qualidade e facilitam a documentação (Vabo et al., 2017), por outro persistem barreiras, identificadas pelos participantes como oportunidades de melhoria e corroboradas pela literatura, nomeadamente a existência de sistemas de informação pouco intuitivos, dificuldade de adequar a documentação ao processo de enfermagem e a necessidade de uniformização da linguagem utilizada nos aplicativos (De Groot et al, 2019; Tsai et al., 2020). De salientar que a maior parte das não conformidades identificadas na auditoria estão relacionadas com a documentação. A potencial dificuldade de medição dos ganhos sensíveis aos cuidados de enfermagem que daqui resulta, por constrangimentos na documentação, são um obstáculo à produção de evidência daquilo que é resultante da intervenção autónoma do enfermeiro (Oliveira, Couto & Mota, 2020). Importa ainda salientar que, no que concerne a auditoria, apesar desta não ter sido realizada no momento inicialmente programado, a sua realização mais de um ano depois do início da intervenção e após um período de cerca de 6 meses desde a última intervenção no grupo pela investigadora, ficou evidente, em grande medida, a apropriação pelos profissionais das recomendações clínicas expressas no roteiro clínico

Relativamente à implementação do roteiro clínico, os participantes identificaram mais oportunidades de melhoria ao nível dos recursos materiais e organização dos cuidados e apontaram como barreira a falta de recursos humanos (nutricionista), traduzindo as

barreiras identificadas ao longo da literatura para a PBE a para a translação da evidência para a prática (Baatiema et al., 2017; Shayan et al., 2019; Younas, 2020). Outras das barreiras identificada pelos participantes e corroborada de forma extensiva pela evidência é a cultura organizacional (Baatiema et al., 2017; Shayan et al., 2019; Younas, 2020). Os resultados sugerem que a cultura organizacional contribui significativamente para a desvalorização das competências dos enfermeiros, sendo que a dificuldade de utilização da evidência na prática é limitada pela falta de reconhecimento da enfermagem como profissão autónoma (Shayan et al., 2019; Younas, 2020), o que se traduz na perceção que os próprios têm de que não detém autoridade para alterar procedimentos baseados na evidência. Estes achados vão ao encontro da evidência encontrada a nível internacional, perpetuando lógicas de hierarquização já há muitos anos identificadas igualmente no nosso país (Carapinheiro, 1998), ao invés da potenciação do papel de cada um dos profissionais e do seu contributo para o sucesso do plano terapêutico da pessoa.

Dentro dos achados mais relevantes para a concretização do objetivo deste estudo estão os ganhos percebidos pelos profissionais e corroborados pela análise à documentação e auditoria: a criação de um quadro de referência, materializado na construção do roteiro clínico, a sistematização das práticas, a melhoria na documentação e o conhecimento (pela formação em serviço), indo ao encontro do enunciado descritivo da qualidade do exercício profissional da organização dos cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2012). De facto, são elementos chave face à organização dos cuidados a existência de um quadro de referência, de um sistema de registos, de metodologias de organização dos cuidados e política de formação contínua (Ordem dos Enfermeiros, 2012). Estes resultados vão ao encontro de resultados obtidos na implementação de intervenções para a melhoria da qualidade em doentes com doença pulmonar obstrutiva crónica (Padilha, 2013) e na preparação do membro da família para o papel de cuidador (Machado, 2013), traduzidos em melhoria na documentação, maior sistematização das práticas e modificações positivas no estado dos diagnósticos de enfermagem. Também no contexto do AVC, a implementação de uma intervenção iniciada por enfermeiros na melhoria da qualidade na gestão da disfagia mostrou impacto significativo na redução da probabilidade de morte ou dependência e melhor estado de saúde à alta (Middleton, et al., 2017) e um projeto de melhoria contínua da qualidade para melhorar as práticas de rastreio da disfagia, numa intervenção à medida do contexto, contribuiu significativamente para maior adesão às recomendações clínicas (Sivertsen et al., 2017).

De notar que um dos mais importantes indicadores chave de desempenho associado a menor risco de piores resultados após o AVC é a avaliação da disfagia e nutrição (Urimubenshi et al., 2017), reforçando uma vez mais a importância dada pelos participantes

à avaliação. A avaliação dos indicadores chave de desempenho é uma das estratégias a utilizar na monitorização da adesão às orientações clínicas e a translação da evidência na prática (Urimubenshi et al., 2017), sendo que da implementação deste PMCQCE ressalta maior conformidade com as orientações clínicas nesta área no que concerne o foco na deglutição e higiene oral, mas menor na avaliação do risco nutricional. Um estudo longitudinal, realizado ao longo de oito anos como foco nos cuidados à pessoa com disfagia após o AVC, concluiu que apesar da melhoria nos cuidados, as práticas de rastreio e tratamento continuam a ser insuficientes para reduzir a incidência de pneumonia, reduzir a mortalidade e melhorar os resultados funcionais (Suntrup-Krueger et al., 2018).

Os resultados deste estudo corroboram resultados de estudos anteriores do contributo da IA para a implementação de intervenções de melhoria da qualidade (Machado, 2013; Padilha, 2013), pelo que importará analisar igualmente estes resultados sob a perspetiva dos contributos da IA na translação da evidência para a prática. Neste percurso de investigação a IA permitiu conhecer mais sobre os fatores que influenciam o processo de implementação, esclarecendo, ao longo do percurso, a investigadora e os participantes, sendo que a implementação da evidência se constituiu neste percurso como um dos passos da IA. Assim, e sendo os serviços de saúde ambientes altamente restritivos para os investigadores, a utilização da IA torna os achados mais facilmente utilizáveis pelos profissionais de saúde e pelos gestores (Casey et al., 2018), validando a escolha metodológica como a mais efetiva para a concretização dos objetivos do estudo. Neste contexto, na ótica da profissão, verifica-se que os PMCQCE dão um importante contributo, enquanto estratégia de translação da evidência para a prática, promovendo uma efetiva PBE.

Estes resultados sugerem que o distanciamento entre o conhecimento e a prática podem ser reduzidos com a implementação da PMCQCE, sendo que a sua implementação poderá ser enquadrada no domínio da ciência da implementação uma vez que esta metodologia se sobrepõe, em muitos domínios, ao *Consolidated Framework For Implementation Research*, que proporciona uma tipologia abrangente para promover o desenvolvimento da teoria de implementação e verificação sobre o que funciona, onde e porquê em vários contextos (Damschroder et al., 2009).

Assim, da mesma forma que a implementação da evidência na prática clínica pode beneficiar dos resultados da IA, especialmente pela ênfase dada à participação, inclusão e cogeração de conhecimento, também a utilização dos PMCQCE, como metodologia de translação da evidência para a prática, beneficia e promove a PBE.

Quando os enfermeiros incorporam na sua prática clínica os princípios da PBE, promovem a qualidade dos cuidados e satisfação do cliente, melhoram a saúde das populações, reduzem custos em saúde e aumentam a satisfação profissional (Melnik et al., 2017).

6. CONCLUSÃO

A implementação do PMCQCE para a translação da evidência para a prática revelou, numa fase inicial, a existência de vários fatores que influenciavam negativamente o processo de tomada de decisão em enfermagem para a conceção dos cuidados à pessoa com deglutição comprometida após o AVC resultante, por um lado, da perceção dos participantes de não possuírem competências e, por outro, de barreiras organizacionais, o que os levou a desenvolverem as suas práticas assentes na lógica de intervenção interdependente.

Relativamente às terapêuticas de enfermagem à pessoa com deglutição comprometida após o AVC tendo por foco nomeadamente a alimentação e o autocuidado higiene oral, os participantes utilizavam medidas compensatórias promotoras da segurança da via aérea, reconhecendo, no entanto, espaço para melhorar as suas práticas e a necessidade de formação contínua. Salienta-se, nesta fase, o foco na pessoa e família e o seu envolvimento no processo de cuidados, indo ao encontro do exercício de excelência preconizado no mandato social da profissão. Na perspetiva da organização dos cuidados, os resultados da primeira fase evidenciaram a importância de se melhorar a documentação das práticas uma vez que o executado não correspondia ao documentado e a existência igualmente de aspetos organizacionais com repercussão na conceção dos cuidados de enfermagem.

Com a concretização das estratégias planeadas verificou-se um incremento na documentação dos dados relativos à deglutição, risco de aspiração, prestador de cuidados, assim como de intervenções no domínio do autocuidado e higiene oral, promovendo a coerência entre o realizado e o documentado, revelando-se todos estes dados significativos para a monitorização dos resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem. De salientar que, pese embora a melhoria na documentação das práticas, a maior parte das não conformidades identificadas na auditoria estavam relacionadas com a documentação, evidenciando a necessidade de maior compreensão das barreiras para a sua efetiva implementação.

O PMCQCE foi igualmente um contributo significativo para a adesão a práticas baseadas na evidência, com a transposição para a prática relativamente bem-sucedida do roteiro clínico, concretamente ao nível da avaliação da pessoa, da sistematização das práticas, do acompanhamento da pessoa com deglutição comprometida durante as refeições e na higiene oral, sugerindo que a implementação de PMCQCE contribui significativamente para

a transposição do conhecimento para a prática. O conjunto dos achados sugerem que se verificou uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados e, conseqüentemente, será exspectável a obtenção de melhores resultados em saúde pelos clientes.

As principais limitações deste estudo relacionam-se com a dimensão da amostra e de o mesmo ter sido desenvolvido num contexto de prática clínica específico, com foco na deglutição, sendo por isso importante compreender qual o contributo que os PMQCE poderão dar em outras áreas de atenção dos enfermeiros, na translação da evidência para a prática. Existirão barreiras que são próprias deste contexto e outros, nomeadamente relativos à cultura organizacional, aos sistemas de informação e à documentação das práticas, que carecerão de validação em outros contextos de prática clínica através da replicação de estudos desta natureza, reconhecendo-se que a forma como os enfermeiros documentam as suas práticas é preponderante para a obtenção dos dados que evidenciem ganhos sensíveis aos cuidados de enfermagem. Outra das limitações prende-se com o facto de não ter sido avaliado nos clientes o impacto deste projeto, nomeadamente ao nível da incidência de complicações e na satisfação do cliente.

Ressaltam ainda, como implicações para a prática clínica, o facto de que as práticas assentes numa lógica de intervenção interdependente comprometem negativamente o processo de tomada de decisão, o que se traduz no risco de perda de autonomia da profissão, sendo que a desvalorização das competências dos enfermeiros e da sua autonomia se constitui como uma barreira à PBE.

Para além disso, começa a ganhar consistência a evidência de constrangimentos na documentação em enfermagem, questão esta que tem repercussões na obtenção do efetivo resultado da intervenção do enfermeiro e na identificação de ganhos sensíveis aos cuidados de enfermagem.

NOTAS FINAIS

Assumindo-se não existirem alterações à atual intervenção neste contexto, associado ao progressivo envelhecimento da população, é expectável que o peso económico e as consequências da disfagia na pessoa e família/cuidador aumentem drasticamente nos próximos anos, validando assim a relevância deste estudo e dos seus resultados para a prática profissional dos enfermeiros.

Volta-se ao início deste percurso, mais concretamente ao seu mote, ie, a perceção de falta de sistematização da abordagem terapêutica à pessoa com deglutição comprometida. Para a concretização do objetivo de sistematizar a abordagem terapêutica à pessoa com deglutição comprometida, e partindo da necessidade de avaliação inicial da pessoa, verificou-se não se encontrarem disponíveis instrumentos de rastreio em português. Este constrangimento impulsionou o primeiro estudo para a validação de instrumentos de rastreio da disfagia na pessoa após AVC e que se constituiu como um contributo relevante para a validação do GUSS e do BJH-SDS, com a disponibilização das suas versões em português, reconhecendo-se, no entanto, a limitação de não ter sido determinada a validade de critério por comparação com o padrão de ouro, por este não ter sido realizado em nenhum dos participantes do primeiro estudo. Esta assunção traz à superfície questões mais preocupantes: qual o nível de assistência e priorização está a ser atribuída à pessoa com disfagia nos contextos de prática clínica? A avaliação instrumental não é realizada porquê? Falta de recursos? Subvalorização desta condição clínica? Estes são aspetos que, certamente, pelo impacto na qualidade de vida da pessoa, pela maior probabilidade de complicações e morte e pela sobrecarga financeira para os sistemas de saúde, necessitarão de maior investigação.

De seguida, e face à dispersão ou inexistência de recomendações atualizadas, foi realizada uma extensa revisão sistemática da literatura que permitiu identificar um conjunto de recomendações que, posteriormente, foram validadas por um painel multidisciplinar de peritos. Sendo este um aspeto central para a sistematização das práticas, importou encontrar estratégias para a sua apropriação pelos profissionais. Para tal, numa metodologia de IA, desenvolvida no respaldo do PPQCE, foi desenhada uma intervenção multimodal à medida do contexto, que começou pela imersão no contexto e compreensão da concetualização das terapêuticas de enfermagem à pessoa com deglutição comprometida, identificação de oportunidades de melhoria e de barreiras, seguida do planeamento e implementação da intervenção, culminando na avaliação do impacto da

intervenção no contexto. Os resultados sugerem elevado potencial dos PMCQCE para a translação da evidência para a prática. Esta evidência foi produzida com recurso a uma metodologia de IA, ela própria potenciadora da translação da evidência para a prática. Da mesma forma, a IA, desenvolvida no escopo dos PMCQCE, pode ajudar na translação do conhecimento para a prática, enquadrada nos instrumentos reguladores da profissão.

Daqui resulta que a profissão tem já muito bem estruturados os instrumentos que lhe permitem contribuir ativamente para a promoção da PBE e consequente melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem.

O desafio será, tal como para a PBE, a apropriação por parte dos profissionais dos contextos de prática clínica, desta estratégia de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem.

É dever do enfermeiro assegurar a prestação de cuidados de qualidade, usando a melhor evidência disponível para sustentar a sua prática. Os enfermeiros devem perspetivar, nos seus contextos de prática clínica, a implementação de PMCQCE, pois situações haverá em que estes se mostrarão úteis para a resolução de um problema emergente da prática, mas outras situações haverá onde a evidência já existe, carecendo de implementação num contexto clínico distinto.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ab Malik, N., Abdul Razak, F., Mohamad Yatim, S., Lam, O., Jin, L., Li, L., & McGrath, C. (2018). Oral health interventions using chlorhexidine-effects on the prevalence of oral opportunistic pathogens in stroke survivors: A randomized clinical trial. *The Journal of Evidence Based Dental Practice*, 18(2), 99–109. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jebdp.2017.08.002>
- AbdelHamid, A., & Abo-Hasseba, A. (2017). Application of the GUSS test on adult Egyptian dysphagic patients. *The Egyptian Journal of Otolaryngology*, 33(1), 103–110. <http://dx.doi.org/10.4103/1012-5574.199419>
- Abreu, W., Barroso, C., Segadães, M., & Teixeira, S. (2015). Promotion of self-care in clinical practice: Implications for clinical supervision in nursing. *International Journal of Information and Education Technology*, 5(1), 6-9. <http://www.ijiet.org/papers/466-H00038.pdf>
- Abu-Snieneh, H.M., & Saleh, M.Y. (2018). Registered nurse's competency to screen dysphagia among stroke patients: Literature review. *The Open Nursing Journal*, 12, 184-194. <http://dx.doi.org/10.2174/1874434601812010184>
- Aiken, L.H., Cimiotti, J.P., Sloane, D.M., Smith, H.L., Flynn, L., & Neff, D.F. (2011). Effects of nurse staffing and nurse education on patient deaths in hospitals with different nurse work environments. *Medical Care*, 49(12), 1047-1053. <http://dx.doi.org/10.1097/MLR.0b013e3182330b6e>
- Ajwani, S., Jayanti, S., Burkolter, N., Anderson, C., Bhole, S., Itaoui, R., & George, A. (2017). Integrated oral health care for stroke patients - A scoping review. *Journal of Clinical Nursing*, 26(7-8), 891–901. <http://dx.doi.org/10.1111/jocn.13520>
- Akbiyik, A., Akin Korhan, E., Kiray, S., & Kirsan, M. (2020). The effect of nurses' leadership behavior on the quality of nursing care and patient outcomes. *Creative Nursing*, 26(1), e8–e18. <http://dx.doi.org/10.1891/1078-4535.26.1.e8>
- Akobeng, A.K. (2005). Principles of evidence based medicine. *Archives of Disease in Childhood*, 90(8), 837–840. <http://dx.doi.org/10.1136/adc.2005.071761>
- Al-Khaled, M., Matthis, C., Binder, A., Mudter, J., Schattschneider, J., Pulkowski, U., Strohmaier, T., Niehoff, T., Zybur, R., Eggers, J., Valdueza, J.M., & Royl, G. (2016). Dysphagia in patients with acute ischemic stroke: Early dysphagia screening may

- reduce stroke-related pneumonia and improve stroke outcomes. *Cerebrovascular Diseases*, 42(1-2), 81-89. <http://dx.doi.org/10.1159/000445299>
- Altman, K.W. (2011). Dysphagia evaluation and care in the hospital setting: The need for protocolization. *Otolaryngology– Head and Neck Surgery*, 145(6), 895 –898. <http://dx.doi.org/10.1177/0194599811415803>
- Altman, K.W., Takizawa, C., Martino, R., Speyer, R., Derex, L., Chevrou-Severac, H., & Altman, R. (2012). Dysphagia screening, evaluation and treatment in stroke: Implementation and integration with multiple concurrent clinical pathways. *International Journal of Care Pathways*, 16(2), 33. <http://dx.doi.org/10.1258/jicp.2012.012m01>
- Ardenghi, L.G., Signorini, A.V., Battezzini, A.C., Dornelles, S., & Rieder, C.R. (2015). Functional magnetic resonance imaging and swallowing: systematic review. *Audiology - Communication Research*, 20(2), 167-174. <http://dx.doi.org/10.1590/S2317-64312015000200001471>
- Arnold, M., Liesirova, K., Broeg-Morvay, A., Meisterernst, J., Schlager, M., Mono, M-L., El-Koussy, M., Kagi, G., Jung, S., & Sarikaya, H. (2016). Dysphagia in acute stroke: Incidence, burden and impact on clinical outcome. *PLOS ONE*, 11(2), e0148424. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0148424>
- Attrill, S., White, S., Murray, J., Hammond, S., & Doeltgen, S. (2018). Impact of oropharyngeal dysphagia on healthcare cost and length of stay in hospital: A systematic review. *BMC Health Services Research*, 18(594), 18. <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-018-3376-3>
- Baatiema, L., Otim, M.E., Mnatzaganian, G., de-Graft Aikins, A., Coombes, J., & Somerset, S. (2017). Health professionals' views on the barriers and enablers to evidence-based practice for acute stroke care: a systematic review. *Implementation Science*, 12(1), 74. <http://dx.doi.org/10.1186/s13012-017-0599-3>
- Baijens, L.W., Clavé, P., Cras, P., Ekberg, O., Forster, A., Kolb, G.F., Leners, J.C., Masiero, S., Mateos-Nozal, J., Ortega, O., Smithard, D.G., Speyer, R., & Walshe, M. (2016). European Society for Swallowing Disorders - European Union Geriatric Medicine Society white paper: Oropharyngeal dysphagia as a geriatric syndrome. *Clinical Interventions in Aging*, 11, 1403–1428. <http://dx.doi.org/10.2147/CIA.S107750>
- Baker, R., Camosso-Stefinovic, J., Gillies, C., Shaw, E.J., Cheater, F., Flottorp, S., Robertson, N., Wensing, M., Fiander, M., Eccles, M.P., Godycki-Cwirko, M., Lieshout, J., & Jäger, C. (2015). Tailored interventions to address determinants of

- practice. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2015(4), CD005470. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD005470.pub3>
- Bakhtiyari, J., Sarraf, P., Nakhostin-Ansari, N., Tafakhori, A., Logemann, J., Faghihzadeh, S., & Harirchian, M.H. (2015). Effects of early intervention of swallowing therapy on recovery from dysphagia following stroke. *Iranian Journal of Neurology*, 14(3), 119–124. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4662683/>.
- Barker, A., Doeltgen, S., Lynch, E., & Murray, J. (2019). Perceived barriers and enablers for implementing water protocols in acute stroke care: A qualitative study using the Theoretical Domains Framework. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 21(3), 286–294. <http://dx.doi.org/10.1080/17549507.2019.1595145>
- Bath, P.M., Lee, H.S., & Everton, L.F. (2018). Swallowing therapy for dysphagia in acute and subacute stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10(10), CD000323. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD000323.pub3>
- Bauer, M.S., & Kirchner, J. (2020). Implementation science: What is it and why should I care? *Psychiatry Research*, 283, 112376. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2019.04.025>
- Beaton, D.E., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M.B. (2000). Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*, 25(24), 3186–3191. <http://dx.doi.org/10.1097/00007632-200012150-00014>
- Beck, A.M., Kjaersgaard, A., Hansen, T., & Poulsen, I. (2018). Systematic review and evidence based recommendations on texture modified foods and thickened liquids for adults (above 17 years) with oropharyngeal dysphagia - An updated clinical guideline. *Clinical Nutrition*, 37(6), 1980–1991. <http://dx.doi.org/10.1016/j.clnu.2017.09.002>
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Quarteto.
- Bischoff, S.C., Singer, P., Koller, M., Barazzoni, R., Cederholm, P., & van Gossun, A. (2015). Standard operating procedures for ESPEN guidelines and consensus papers. *Clinical Nutrition*, 34(6), 1043-1051. <http://dx.doi.org/10.1016/j.clnu.2015.07.008>
- Boaden, E., Doran, D., Burnell, J., Burnell, J., Dey, P., Hurley, M., Alexandrov, A., McInnes, E., & Watkins, C.L. (2017). Screening for aspiration risk associated with dysphagia in acute stroke (protocol). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017(6), CD012679. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD012679>

- Boaden, E., Lyons, M., Singhrao, S.K., Dickinson, H., Leathley, M., Lightbody, C.E., McLoughlin, A., Khan, Z., Crean, S., Smith, C. Higham, S., & Watkins, C. (2017). Oral flora in acute stroke patients: A prospective exploratory observational study. *Gerodontology*, 34(3), 343-356. <http://dx.doi.org/10.1111/ger.12271>
- Bolivar-Prados, M., Rofes, L., Arreola, V., Guida, S., Nascimento, W.V., Martin, A., Vilardell, N., Fernández, O.O., Ripken, D., Lansink, M., & Clavé, P. (2019). Effect of a gum-based thickener on the safety of swallowing in patients with poststroke oropharyngeal dysphagia. *Neurogastroenterology & Motility*, 31(11), e13695. <http://dx.doi.org/10.1111/nmo.13695>
- Boulanger, J.M., Lindsay, M.P., Gubitz, G., Smith, E.E., Stotts, G., Foley, N., Bhogal, S., Boyle, K., Braun, L., Goddard, T., Heran, M.K.S., Kanya-Forster, N., Lang, E., Lavoie, P., McClelland, M., O'Kelly, C., Pageau, P., Pettersen, J., Purvis, H., ... Butcher, K. (2018). Canadian stroke best practice recommendations for acute stroke management: Prehospital, emergency department, and acute inpatient stroke care, 6th Edition, update 2018. *International Journal of Stroke*, 13(9), 949-984. <http://dx.doi.org/10.1177/1747493018786616>
- Brady, M.C., Furlanetto, D., Hunter, R., Lewis, S.F., & Milne, V. (2006). Staff-led interventions for improving oral hygiene in patients following stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4), CD003864. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD003864.pub2>
- Brady, S., & Donzelli, J. (2013). The modified barium swallow and the functional endoscopic evaluation of swallowing. *Otolaryngologic Clinics of North America*, 46(6), 1009–1022. <http://dx.doi.org/10.1016/j.otc.2013.08.001>
- Brazier, S., Taylor, S.J., Allan, K., Clemente, R., & Toher, D. (2017). Stroke: Ineffective tube securement reduces nutrition and drug treatment. *British Journal of Nursing*, 26(12), 656–663. <http://dx.doi.org/10.12968/bjon.2017.26.12.656>
- Britton, D., Roeske, A., Ennis, S.K., Benditt, J.O., Quinn, C., & Graville, D. (2018). Utility of pulse oximetry to detect aspiration: An evidence-based systematic review. *Dysphagia*, 33(3), 282-292. <http://dx.doi.org/10.1007/s00455-017-9868-1>
- Brogan, E., Langdon, C., Brookes, K., Budgeon, C., & Blacker, D. (2014a). Dysphagia and factors associated with respiratory infections in the first week post stroke. *Neuroepidemiology*, 43(2), 140-144. <http://dx.doi.org/10.1159/000366423>
- Brogan, E., Langdon, C., Brookes, K., Budgeon, C., & Blacker, D. (2014b). Respiratory infections in acute stroke: Nasogastric tubes and immobility are stronger predictors

- than dysphagia. *Dysphagia*, 29(3), 340-345. <http://dx.doi.org/10.1007/s00455-013-9514-5>
- Brott, T., Adams, H.P., Olinger, C.P., Marler, J.R., Barsan, W.G., Biller, J., Spilker, J., Holleran, R., Eberle, R., Hertzberg, V., Rorick, M., Moomaw, C.J., & Walker, M. (1989). Measurements of acute cerebral infarction: A clinical examination scale. *Stroke*, 20(7), 864-870. <http://dx.doi.org/10.1161/01.str.20.7.864>
- Brouwers, M.C., Kho, M.E., Browman, G.P., Burgers, J.S., Cluzeau, F., Feder, G., Fervers, B., Graham, I.D., Grimshaw, J., Hanna, S.E., Littlejohns, P., Maraski, J., & Zitzelsberger, L. (2010). AGREE II: Advancing guideline development, reporting and evaluation in healthcare. *Canadian Medical Association Journal*, 182(18), E839-E842. <http://dx.doi.org/10.1503/cmaj.090449>
- Burgos, R., Bretón, I., Cereda, E., Desport, J.C., Dziewas, R., Genton, L., Gomes, F., Jésus, P., Leischker, A., Muscaritoli, M., Poulia, K.-A., Peiser, J.C., Marck, M.V., Wirth, R., Singer, P., & Bischoff, S.C. (2018). ESPEN guideline clinical nutrition in neurology. *Clinical Nutrition*, 37(1), 354-396. <http://dx.doi.org/10.1016/j.clnu.2017.09.003>
- Camargo, F.C., Iwamoto, H.H., Galvão, C.M., Pereira, G.A., Andrade, R.B., & Masso, G.C. (2018). Competences and barriers for the evidence-based practice in nursing: An integrative review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(4), 2030–2038. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0617>
- Carapinheiro, G. (1998). *Saberes e poderes no hospital*. Edições Afrontamento.
- Carrión, S., Roca, M., Costa, A., Arreola, V., Ortega, O., Palomera, E., Serra-Prat, M., Cabré, M., & Clavé, P. (2017). Nutritional status of older patients with oropharyngeal dysphagia in a chronic versus an acute clinical situation. *Clinical Nutrition*, 36(4), 1110-1116. <http://dx.doi.org/10.1016/j.clnu.2016.07.009>
- Casaubon, L.K., Boulanger, J.-M., Glasser, E., Blacquiere, D., Boucher, S., Brown, K., Goddard, T., Gordon, J., Horton, M., Lalonde, J., LaRivière, C., Lavoie, P., Leslie, P., McNeill, J., Menon, B.K., Moses, B., Penn, M., Perry, J., Snieder, E., ... Lindsay, P. (2016). Canadian stroke best practice recommendations: Acute inpatient stroke care guidelines, update 2015. *International Journal of Stroke*, 11(2), 239–252. <http://dx.doi.org/10.1177/1747493015622461>
- Casey, M., O'Leary, D., & Coghlan, D. (2018). Unpacking action research and implementation science: Implications for nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 74(5), 10.1111/jan.13494. <http://dx.doi.org/10.1111/jan.13494>

- Cederholm, T., Bosaeus, I., Barazzoni, R., Bauer, J., Van Gossum, A., Klek, S.M., Muscaritoli, M., Nyulasi, I., Ockenga, J., Schneider, S.M., van der Schueren, M.A.E., & Singer, P. (2015). Diagnostic criteria for malnutrition - An ESPEN consensus statement. *Clinical Nutrition*, 34(3), 335–340. <http://dx.doi.org/10.1016/j.clnu.2015.03.001>
- Centeno, C., Sitte, T., Lima, L., Alsirafy, S., Bruera, E., Callaway, M., Foley, K., Luyirika, E., Mosoiu, D., Pettus, K., Puchalski, C., Rajagopal, M.R., Yong, J., Garralda, E. Rhee, J.Y., & Comoretto, N. (2018). White Paper for global palliative care advocacy: Recommendations from a PAL-LIFE expert advisory group of the Pontifical Academy for Life, Vatican City. *Journal of Palliative Medicine*, 21(10), 1389–1397. <http://dx.doi.org/10.1089/jpm.2018.0248>
- Charmaz, K. (2006). *Constructing grounded theory: A practical guide through qualitative analysis*. Sage.
- Chen, H.J., Chen, J.L., Chen, C.Y., Lee, M., Chang, W.H., & Huang, T.T. (2019). Effect of an oral health programme on oral health, oral intake, and nutrition in patients with stroke and dysphagia in Taiwan: A randomised controlled trial. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(12), 2228. <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph16122228>
- Chen, N., Li, Y., Fang, J., Lu, Q., & He, L. (2017). Risk factors for malnutrition in stroke patients: A meta-analysis. *Clinical Nutrition*, 38(1), 127-135. <http://dx.doi.org/10.1016/j.clnu.2017.12.014>
- Chen, P.C., Chuang, C.H., Leong, C.P., Guo, S.E., & Hsin, Y.J. (2016). Systematic review and meta-analysis of the diagnostic accuracy of the water swallow test for screening aspiration in stroke patients. *Journal of Advanced Nursing*, 72(11), 2575–2586. <http://dx.doi.org/10.1111/jan.13013>
- Chiang, C.-F., Lin, M.-T., Hsiao, M.-Y., Yeh, Y.-C., Liang, Y.-C., & Wang, T.-G. (2019). Comparative efficacy of noninvasive neurostimulation therapies for acute and subacute poststroke dysphagia: A systematic review and network meta-analysis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 100(4), 739–750.e4. <http://dx.doi.org/10.1016/j.apmr.2018.09.117>
- Chick, N., & Meleis, A. I. (2010). Transition: A nursing concern. Em A. I. Meleis (Ed.), *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. (pp. 24-38). Springer Publishing Company.

- Chinn, P., & Kramer, M. (2015). *Knowledge development in nursing: theory and process*. Elsevier Mosby.
- Chipps, E., Gatens, C., Genter, L., Musto, M., Dubis-Bohn, A., Gliemmo, M., Dudley, K., Holloman, C., Hoet, A.E., & Landers, T. (2014). Pilot study of an oral care protocol on poststroke survivors. *Rehabilitation Nursing*, 39(6), 294–304. <http://dx.doi.org/10.1002/rnj.154>
- Cichero, J.A., Lam, P., Steele, C.M., Hanson, B., Chen, J., Dantas, R.O., Duvenstein, J., Kayashita, J., Lecko, C., Murray, J., Pillay, M., Riquelme, L., & Stanschus, S. (2017). Development of international terminology and definitions for texture-modified foods and thickened fluids used in dysphagia management: The IDDSI framework. *Dysphagia*, 32(2), 293–314. <http://dx.doi.org/10.1007/s00455-016-9758-y>
- Cochrane Review Groups. (maio de 2020). *Effective Practice and Organisation of Care*. <https://epoc.cochrane.org/>
- Coghlan, D. (2016). Retrieving a philosophy of practical knowing for action research. *International Journal of Action Research*, 12(1), 87-104. <http://dx.doi.org/10.1688/IJAR-2016-01-Coghlan>
- Coghlan, D., & Shani, A. (2017). Inquiring in the present tense: The dynamic mechanism of action research. *Journal of Change Management*, 17(2), 121-137. <http://dx.doi.org/10.1080/14697017.2017.1301045>
- Cohen, D.L., Roffe, C., Beavan, J., Blackett, B., Fairfield, C. A., Hamdy, S., Havard, D., McFarlane, M., McLaughlin, C., Randall, M., Robson, K., Scutt, P., Smith, C., Smithard, D., Sprigg, N., Warusevitane, A., Watkins, C., Woodhouse, L., & Bath, P.C. (2016). Post-stroke dysphagia: A review and design considerations for future trials. *International Journal of Stroke*, 11, 399–411. <http://dx.doi.org/10.1177/1747493016639057>
- Coleman, E.R., Moudgal, R., Lang, K., Hyacinth, H.I., Awosika, O.O., Kissela, B.M., & Feng, W. (2017). Early rehabilitation after stroke: A narrative review. *Current Atherosclerosis Reports*, 19(12), 59. <http://dx.doi.org/10.1007/s11883-017-0686-6>
- Comiskey, C., & Dempsey, O. (2013). Analysing data from small and large samples and non-normal and normal distributions. Em E. A. Curtis, & J. Drennan (Ed.), *Quantitative Health Research: Issues and Methods* (pp. 348-371). Open University Press, McGraw Hill Education.

- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2016). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Versão 2015*. (Ordem dos Enfermeiros, Trad.) International Council of Nurses.
- Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida. (2018). *Integridade na investigação científica: Recomendação*.
https://www.cneqv.pt/admin/files/data/docs/1523888172_IntegridadeCNECV2018.pdf
- Cordeiro, L., & Soares, C. (2016). Implementation of evidence-based health care using action research: An emancipatory approach. *International Journal of Nursing Practice*, 22(4), 333-338. <http://dx.doi.org/10.1111/ijn.12467>
- Cordeiro, L., & Soares, C. B. (2018). Action research in the healthcare field: A scoping review. *JBIR Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 16(4), 1003–1047. <http://dx.doi.org/10.11124/JBISRIR-2016-003200>
- Crary, A., M., Humphrey, J.L., Carnaby-Mann, G., Sambandam, R., Miller, L., & Silliman, S. (2013). Dysphagia, nutrition, and hydration in ischemic stroke patients at admission and discharge from acute care. *Dysphagia*, 28(1), 69–76. <http://dx.doi.org/10.1007/s00455-012-9414-0>
- Crary, M.A., Carnaby, G.D., Shabbir, Y., Miller, L., & Silliman, S. (2016). Clinical variables associated with hydration status in acute ischemic stroke patients with dysphagia. *Dysphagia*, 31(1), 60-65. <http://dx.doi.org/10.1007/s00455-015-9658-6>
- Critical Appraisals Skills Programme. (2019). *Critical Appraisals Skills Programme*. Autor. <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/>
- Curtis, E.A., & O'Connell, R. (2013). Recruiting samples from vulnerable populations. Em E. A. Curtis, & J. Drennan (Ed.), *Quantitative health research: Issues and methods* (p. 106-127). Open University Press, McGraw-Hill Education.
- Curtis, K., Fry, M., Shaban, R.Z., & Considine, J. (2017). Translating research findings to clinical nursing practice. *Journal of Clinical Nursing*, 26(5-6), 862-872. <http://dx.doi.org/10.1111/jocn.13586>
- Dai, R., Lam, O.L.T., Lo, E.C.M., Li, L. S.W., & McGrath, C. (2017a). A randomized clinical trial of oral hygiene care programmes during stroke rehabilitation. *Journal of Dentistry*, 61, 48–54. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ident.2017.04.001>
- Dai, R., Lam, O.L.T., Lo, E.C.M., Li, L. S.W., & McGrath, C. (2017b). Oral health-related quality of life in patients with stroke: A randomized clinical trial of oral hygiene care

- during outpatient rehabilitation. *Scientific Reports*, 7(1), 7632. <http://dx.doi.org/10.1038/s41598-017-07666-y>
- Dai, R., Lam, O.L.T., Lo, E.C.M., Li, L. S.W., & McGrath, C. (2019). Effect of oral hygiene programmes on oral opportunistic pathogens during stroke rehabilitation. *Oral Diseases*, 25(2), 617–633. <http://dx.doi.org/10.1111/odi.13005>
- Dai, R., Lam, O.L.T., Lo, E.C.M., Li, L.S.W., Wen, Y., & McGrath, C. (2015). A systematic review and meta-analysis of clinical, microbiological, and behavioural aspects of oral health among patients with stroke. *Journal of Dentistry*, 43(2), 171-180. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ident.2014.06.005>
- Damschroder, L.J., Aron, D.C., Keith, R.E., Kirsh, S.R., Alexander, J.A., & Lowery, J.C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: A consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science*, 4, 50. <http://dx.doi.org/10.1186/1748-5908-4-50>
- Daniels, S.K., Schroeder, M.F., DeGeorge, P.C., Corey, D.M., Foundas, A.L., & Rosenbek, J.C. (2009). Defining and measuring dysphagia following stroke. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 18(1), 74-81. [http://dx.doi.org/10.1044/1058-0360\(2008/07-0040\)](http://dx.doi.org/10.1044/1058-0360(2008/07-0040))
- Daniels, S.K., Anderson, J.A., & Wilson, P.C. (2012). Valid items for screening dysphagia risk in patients with stroke: A systematic review. *Stroke*, 43(3), 892-897. <http://dx.doi.org/10.1161/STROKEAHA.111.640946>
- Daniels, S.K., McAdam, C.P., Brailey, K., & Foundas, A.L. (1997). Clinical assessment of swallowing and prediction of dysphagia severity. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 6(4), 17-24. <http://dx.doi.org/10.1044/1058-0360.0604.17>
- Daniels, S.K., Pathak, S., Mukhi, S.V., Stach, C.B., Morgan, R.O., & Anderson, J.A. (2017). The relationship between lesion localization and dysphagia in acute stroke. *Dysphagia*, 32(6), 777-784. <http://dx.doi.org/10.1007/s00455-017-9824-0>
- Daniels, S.K., Pathak, S., Stach, C.B., Mohr, T.M., Morgan, R.O., & Anderson, J.A. (2015). Speech pathology reliability for stroke swallowing screening items. *Dysphagia*, 30(5), 565-570. <http://dx.doi.org/10.1007/s00455-015-9638-x>
- De Groot, K., Triemstra, M., Paans, W., & Francke, A. L. (2019). Quality criteria, instruments, and requirements for nursing documentation: A systematic review of systematic reviews. *Journal of Advanced Nursing*, 75(7), 1379–1393. <http://dx.doi.org/10.1111/jan.13919>

- Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro. *Diário da República* n.º 205 - I Série. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal. <https://dre.pt/pesquisa/-/search/241640/details/maximized>
- Decreto-Lei n.º 203/96, de 23 de outubro. *Diário da República* n.º 246/1996, Série I-A. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal. <https://dre.pt/pesquisa/-/search/226810/details/maximized>
- Deming, W. E. (2000). *Out of the crisis*. The MIT Press.
- Dennis, M., Lewis, S., Cranswick, G., & Forbes, J. (2006). FOOD: A multicentre randomised trial evaluating feeding policies in patients admitted to hospital with a recent stroke. *Health Technology Assessment*, 10(2), iii–120. <http://dx.doi.org/10.3310/hta10020>
- Desai, R.V. (2019). Build a case for instrumental swallowing assessments in long-term care. *The ASHA Leader*, 24(3), 38-40. <http://dx.doi.org/10.1044/leader.OTP.24032019.38>
- Diamond, I.R., Grant, R.C., Feldman, B.M., Pencharz, P.B., Ling, S.C., Moore, A.M., & Wales, P.W. (2014). Defining consensus: A systematic review recommends methodologic criteria for reporting of Delphi studies. *Journal of Clinical Epidemiology*, 67(4), 401-409. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jclinepi.2013.12.002>
- Direção-Geral da Saúde. (dezembro de 2011). *Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e de Reabilitação*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0542011-de-27122011-jpg.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (fevereiro de 2016). *Portugal – Doenças Cérebro-Cardiovasculares em números – 2015*. <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-doencas-cerebro-cardiovasculares-em-numeros-2015-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (julho de 2017a). *Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Adulto*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0152017-de-13072017-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (setembro de 2017b). *Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares - 2017*. <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie-882061-pdf.aspx?v=%3d%3dDwAAAB%2bLCAAAAAAABAARySzltzVUy81MsTU1MDAFAHzFEfkPAAAA>
- Direção-Geral da Saúde. (2019). *Rastreio Nutricional – Documento de apoio à implementação da avaliação do risco nutricional*. <https://www.dgs.pt/documentos-e->

[publicacoes/rastreio-nutricional--documento-de-apoio-a-implementacao-da-avaliacao-do-risco-nutricional.aspx](#)

- Donkor, E.S. (2018). Stroke in the 21st century: A snapshot of the burden, epidemiology, and quality of life. *Stroke Research and Treatment*, 2018, 3238165. <http://dx.doi.org/10.1155/2018/3238165>
- Donovan, N.J., Daniels, S.K., Edmiaston, J., Weinhardt, J., & Summers, D. M., & Mitchell, P.H. (2013). Dysphagia screening: State of the art. *Stroke*, 44(4), e24-e31. <http://dx.doi.org/10.1161/STR.0b013e3182877f57>
- Drury, P., McInnes, E., Hardy, J., Dale, S., & Middleton, S. (2016). Stroke unit nurse managers' views of individual and organizational factors liable to influence evidence-based practice: A survey. *International Journal of Nursing Practice*, 22(2), 169-178. <http://dx.doi.org/10.1111/ijn.12396>
- Dua, K., Surapaneni, S.N., Kuribayashi, S., Hafeezullah, M., & Shaker, R. (2011). Protective role of aerodigestive reflexes against aspiration: Study on subjects with impaired and preserved reflexes. *Gastroenterology*, 140(7), 1927–1933. <http://dx.doi.org/10.1053/j.gastro.2011.03.012>
- Dziewas, R., Beck, A.M., Clave, P., Hamdy, S., Heppner, H.J., Langmore, S.E., Leischker, A., Martino, R., Pluschinski, P., Roesler, A., Shaker, A., Warnecke, T., Sieber, C.C., Volkert, D., & Wirth, R. (2017). Recognizing the importance of dysphagia: Stumbling blocks and stepping stones in the twenty-first century. *Dysphagia*, 32(1), 78–82. <http://dx.doi.org/10.1007/s00455-016-9746-2>
- Dziewas, R., Warnecke, T., Hamacher, C., Oelenberg, S., Teismann, I., Kraemer, C., Ritter, M., Ringelstein, E.B., & Schaebitz, W.R. (2008). Do nasogastric tubes worsen dysphagia in patients with acute stroke? *BMC Neurology*, 8, 28. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2377-8-28>
- Edmiaston, J., Connor, L.T., Loehr, L., & Nassief, A. (2010). Validation of a dysphagia screening tool in acute stroke patients. *American Journal of Critical-Care*, 19(4), 357–364. <http://dx.doi.org/10.4037/ajcc2009961>
- Edmiaston, J., Connor, L.T., Steger-May, K., & Ford, A.L. (2014). A simple bedside stroke dysphagia screen, validated against video-fluoroscopy, detects dysphagia and aspiration with high sensitivity. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 23, 712-716. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2013.06.030>
- Eltringham, S.A., Kilner, K., Gee, M., Sage, K., Bray, B.D., Smith, C.J., & Pownall, S. (2019). Factors associated with risk of stroke-associated pneumonia in patients with

- dysphagia: A systematic review. *Dysphagia*, 35(5), 735-744.
<http://dx.doi.org/10.1007/s00455-019-10061-6>
- Eltringham, S.A., Kilner, K., Gee, M., Sage, K., Bray, B.D., Pownall, S., & Smith, C.J. (2018). Impact of dysphagia assessment and management on risk of stroke-associated pneumonia: A systematic review. *Cerebrovascular Diseases*, 46(3-4), 99-107.
<http://dx.doi.org/10.1159/000492730>
- Epstein, J., Santo, R.M., & Guillemin, F. (2015). A review of guidelines for cross-cultural adaptation of questionnaires could not bring out a consensus. *Journal of Clinical Epidemiology*, 68(4), 435-441. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jclinepi.2014.11.021>
- Eren, Y., Karaca, E.U., Saylam, G., Yaylacı, A., Alicura, S., & Çomoğlu, S.S: (2019). Validity and reliability of the Turkish version of the Barnes-Jewish Hospital stroke dysphagia screen test in patients with acute stroke. *Neurological Science and Neurophysiology*, 36(2), 78-83. <http://dx.doi.org/10.5152/NSN.2019.10815>
- Espuela, F.L., Cuenca, J.C., Mohedas, M.H., Sánchez, J.M., Cordovilla-Guardia, S., & Naranjo, I.C. (2017). Valoración nutricional y su relación con la situación funcional tras sufrir un ictus. *Nutrición Hospitalaria*, 34(6), 1265–1516.
<http://dx.doi.org/10.20960/nh.874>
- European Stroke Organization Executive Committee and the ESO Writing Committee. (2008). Guidelines for management of ischaemic stroke and transient ischaemic attack 2008. *Cerebrovascular Diseases*, 25(5), 457-507.
<http://dx.doi.org/10.1159/000131083>
- Falsetti, P., Acciai, C., Palilla, R., Bosi, M., Carpinteri, F., Zingarelli, A., . . . Lenzi, L. (2009). Oropharyngeal dysphagia after stroke: incidence, diagnosis, and clinical predictors in patients admitted to a neurorehabilitation unit. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 18(5), 329-335.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2009.01.009>
- Feinberg, J., Nielsen, E.E., Korang, S.K., Engell, K.H., Nielsen, M.S., Zhang, K., Didriksen, M., Lund, L., Lindahl, N., Hallum, S., Liang, N., Xiong, W., Yang, X., Brunsgaard, P., Garioud, A., Safi, S., Lindschou, J., Kondrup, J., Gluud, C., & Jakobsen, J. C. (2017). Nutrition support in hospitalised adults at nutritional risk. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5(5), CD011598.
<http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD011598.pub2>
- Fernández, O.O., & Clavé, P. (2013). Oral hygiene, aspiration, and aspiration pneumonia: From pathophysiology to therapeutic strategies. *Current Physical Medicine and*

Rehabilitation Reports, 1(4), 292–295. <http://dx.doi.org/10.1007/s40141-013-0032-Z>

- Ferreira, A., Pierdvara, L., Ventura, I., Gracias, A., Marques, J., & Reis, M.G. (2018). Gugging Swallowing Screen: contributo para a validação cultural e linguística para o contexto português. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(16), 85-94. <https://doi.org/10.12707/RIV17090>
- Fiuza, M., Cortez-Dias, N., Martins, S., & Belo, A. (2009). *Prevalence and risk factors for stroke in primary health care in Portugal: insights of the VALSIM study*. Sociedade Portuguesa de Cardiologia/Centro Nacional de Coleção de Dados em Cardiologia. <https://spc.pt/portfolio-item/estudo-epidemiologico-de-prevalencia-da-sindrome-metabolica-na-populacao-portuguesa-valsim/>
- Flodgren, G., Hall, A.M., Goulding, L., Eccles, M.P., Grimshaw, J.M., Leng, G.C., & Shepperd, S. (2016). Tools developed and disseminated by guideline producers to promote the uptake of their guidelines. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(8), CD010669. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD010669.pub2>
- Flodgren, G., O'Brien, M.A., Parmelli, E., & Grimshaw, J.M. (2019). Local opinion leaders: Effects on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6(6), CD000125. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD000125.pub5>
- Flowers, H.L., Silver, F.L., Fang, J., Rochon, E., & Martino, R. (2013). The incidence, co-occurrence, and predictors of dysphagia, dysarthria, and aphasia after first-ever acute ischemic stroke. *Journal of Communication Disorders*, 46(3), 238-248. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcomdis.2013.04.001>
- Forsetlund, L., Bjørndal, A., Rashidian, A., Jamtvedt, G., O'Brien, M.A., Wolf, F.M., Davis, D., Odgaard-Jensen, J., & Oxman, A.D. (2009). Continuing education meetings and workshops: Effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2009(2), CD003030. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD003030.pub2>
- Freitas, M.J., & Parreira, P.M. (2013). Dotação segura para a prática de enfermagem: operacionalidade do conceito e o seu impacto nos resultados. *Revista de Enfermagem Referência*, III(10), 171-178. http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832013000200020&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

- Galovic, M., Stauber, A.J., Leisi, N., Krammer, W., Brugger, F., Vehoff, J., Balcerak, P., Müller, A., Müller, M., Rosenfeld, J., Polymeris, A., Thilemann, S., Marchis, G.M., Niemann, T., Leifke, M., Lyrer, P., Saladin, P., Kahles, T., Nedeltchev, K., ... & Kagi, G. (2019). Development and validation of a prognostic model of swallowing recovery and enteral tube feeding after ischemic stroke. *JAMA Neurology*, 76(5), 561–570. <http://dx.doi.org/10.1001/jamaneurol.2018.4858>
- Gandolfi, M., Smania, N., Bisoffi, G., Squaquara, T., Zuccher, P., & Mazzucco, S. (2014). Improving post-stroke dysphagia outcomes through a standardized and multidisciplinary protocol: An exploratory cohort study. *Dysphagia*, 29(6), 704–712. <http://dx.doi.org/10.1007/s00455-014-9565-2>
- Garon, B.R., Sierzant, T., & Ormiston, C. (2009). Silent aspiration: Results of 2,000 video fluoroscopic evaluations. *Journal of Neuroscience Nursing*, 41(4), 178-185. <http://dx.doi.org/10.1097/JNN.0b013e3181aaaade>
- Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study [GBD] 2016 Stroke Collaborators. (2019). Global, regional, and national burden of stroke, 1990-2016: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet Neurology*, 18(5), 439-458. [http://dx.doi.org/10.1016/S1474-4422\(19\)30034-1](http://dx.doi.org/10.1016/S1474-4422(19)30034-1)
- Geeganage, C., Beavan, J., Ellender, S., & Bath, P.M. (2012). Interventions for dysphagia and nutritional support in acute and subacute stroke. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10, CD000323. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD000323.pub2>
- Gelling, L., & Munn-Giddings, C. (2011). Ethical review of action research: The challenges for researchers and research ethics committees. *Research Ethics*, 7(3), 100–106. <http://dx.doi.org/10.1177/174701611100700305>
- Giguère, A., Légaré, F., Grimshaw, J., Turcotte, S., Fiander, M., Grudniewicz, A., Makosso-Kallith, S., Wolf, F.M., Farmer, P.A., & Gagnon, M.-P. (2012). Printed educational materials: Effects on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(10), CD004398. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD004398.pub3>
- Giguère, A., Zomahoun, H.T., Carmichael, P.-H., Uwizeye, C.B., Légaré, F., Grimshaw, J.M., Gagnon, M.-P., Auguste, D.U., & Massougboji, J. (2020). Printed educational materials: Effects on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8, CD004398. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004398.pub4>

- Glanzman, A.M., Mazzone, E., Young, S.D., Gee, R., Rose, K., Mayhew, A., Nelson, L., Yun, C., Alexander, K., Darras, B., Zolkipli-Cunningham, Z., Tennekoon, G., Day, J.W., Finkel, R.S., Mercuri, E., De Vivo, D.C., Baldwin, R., Bishop, K.M., & Montes, J. (2018). Evaluator training and reliability for SMA Global Nusinersen Trials1. *Journal of Neuromuscular Diseases*, 5(2), 159–166. <http://dx.doi.org/10.3233/JND-180301>
- Glassman, M., Erdem, G., & Bartholomew, M. (2013). Action research and its history as an adult education movement for social change. *Adult Education Quarterly*, 63(3), 272–288. <http://dx.doi.org/10.1177/0741713612471418>
- Goldkuhle, M., Narayan, V.M., Weigl, A., Dahm, P., & Skoetz, N. (2018). A systematic assessment of Cochrane reviews and systematic reviews published in high-impact medical journals related to cancer. *BMJ Open*, 8(3), e020869. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2017-020869>
- Gomes Jr, C.A., Andriolo, R.B., Bennett, C., Lustosa, S.A., Matos, D., Waisberg, D.R., & Waisberg, J. (2015). Percutaneous endoscopic gastrostomy versus nasogastric tube feeding for adults with swallowing disturbances. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2015(5), CD008096. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD008096.pub4>
- Gomes, F., Emery, P.W., & Weekes, C.E. (2016). Risk of malnutrition is an independent predictor of mortality, length of hospital stay, and hospitalization costs in stroke patients. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 25(4), 799–806. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2015.12.017>
- González-Fernández, M., & Daniels, S. K. (2008). Dysphagia in stroke and neurologic disease. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America*, 19(4), 867–888. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pmr.2008.07.001>
- Gonzalez-Fernandez, M., Monahan, D., Matsuo, K., & Palmer, J. (2015). Dysphagia. Em J. Stein, R. Harvey, C. Winstein, R. Zorowitz, & G. Wittenberg (Ed.), *Stroke Recovery & Rehabilitation* (pp. 207-224). Demosmedical.
- Graham, I., Logan, J.H., Straus, S., Tetroe, J., Caswell, W., & Robinson, N. (2006). Lost in knowledge translation: Time for a map? *The Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 26(1), 13-24. <http://dx.doi.org/10.1002/chp.47>
- Grant, A., & Coyer, F. (2020). Contextual factors to registered nurse research utilisation in an Australian adult metropolitan tertiary intensive care unit: A descriptive study. *Australian Critical Care*, 33(1), 71-79. <http://dx.doi.org/10.1016/j.aucc.2019.01.001>

- Grimshaw, J.M., Eccles, M.P., Lavis, J.N., Hill, S.J., & Squires, J.E. (2012). Knowledge translation of research findings. *Implementation Science*, 7(50), 17. <http://dx.doi.org/10.1186/1748-5908-7-50>
- Guillman, A., Winkler, R., & Taylor, N.F. (2017). Implementing the Free Water Protocol does not result in aspiration pneumonia in carefully selected patients with dysphagia: A systematic review. *Dysphagia*, 32(3), 345-361. <http://dx.doi.org/10.1007/s00455-016-9761-3>
- Guzys, D., Dickson-Swift, V., Kenny, A., & Threlkeld, G. (2015). Gadamerian philosophical hermeneutics as a useful methodological framework for the Delphi technique. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 10(1), 26291. <http://dx.doi.org/10.3402/qhw.v10.26291>
- Halperin, J.L., Levine, G.N., Al-Khatib, S.M., Birtcher, K.K., Bozkurt, B., Brindis, R.G., Cigarroa, J.E., Curtis, L.H., Feisher, L.A., Gentile, F., Gidding, S., Hlatky, M.A., Ikonomidis, J., Joglar, J., Pressler, S.J., & Wijeyesundera, D. (2015). Further evolution of the ACC/AHA clinical practice guideline recommendation classification system: A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*, 133(14), 1426-1428. <http://dx.doi.org/10.1161/CIR.0000000000000312>
- Han, T.S., Lean, M.E., Fluck, D., Affley, B., Gulli, G., Patel, T., Barret, C., Kakar, P., Sharma, S., & Sharma, P. (2018). Impact of delay in early swallow screening on pneumonia, length of stay in hospital, disability and mortality in acute stroke patients. *European Journal of Clinical Nutrition*, 72(11), 1548–1554. <http://dx.doi.org/10.1038/s41430-018-0148-4>
- Harrington, H.J., & Voehl, F. (2016). *The innovation tools handbook, volume 2: Evolutionary and improvement tools that every innovator must know*. Taylor & Francis Group.
- Hegney, D.G., & Francis, K. (2015). Action research: Changing nursing practice. *Nursing Standard*, 29(40), 36-41. <http://dx.doi.org/10.7748/ns.29.40.36.e8710>
- Henke, C., Foerch, C., & Lapa, S. (2017). Early screening parameters for dysphagia in acute ischemic stroke. *Cerebrovascular Diseases*, 44(5-6), 285–290. <http://dx.doi.org/10.1159/000480123>
- Herbert, D., Lindsay, M.P., McIntyre, A., Kirton, A., Rumney, P.G., Bagg, S., Bayley, M., Dowlathshahi, D., Dukelow, S., Garnhum, M., Glasser, E., Halabi, M.-L., Kang, E., MacKay-Lyons, M., Martino, R., Rochette, R., Rowe, S., Salbach, N., Semenko, B., ... Teasell, R. (2016). Canadian stroke best practice recommendations: Stroke

- rehabilitation practice guidelines, update 2015. *International Journal of Stroke*, 11(4), 459-484. <http://dx.doi.org/10.1177/1747493016643553>
- Hines, S., Kynoch, K., & Munday, J. (2016). Nursing interventions for identifying and managing acute dysphagia are effective for improving patient outcomes: A systematic review update. *Journal of Neuroscience Nursing*, 48(4), 1-9. <http://dx.doi.org/10.1097/JNN.0000000000000200>
- Hoensing, H. (2016). *Clinical Practice Guidelines: Closing the Gap Between Theory and Practice. A white paper by Joint Commission International*. Elsevier. https://www.elsevier.com/_data/assets/pdf_file/0007/190177/JCI-Whitepaper_cpqs-closing-the-gap.pdf
- Hong, L., & Page, S.E. (2004). Groups of diverse problem solvers can outperform groups of high-ability problem solvers. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 101(46), 16385–16389. <http://dx.doi.org/10.1073/pnas.0403723101>
- Hua, F., Xie, H., Worthington, H.V., Furness, S., Zhang, Q., & Li, C. (2016). Oral hygiene care for critically ill patients to prevent ventilator-associated pneumonia. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10(10), CD008367. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD008367.pub3>
- Institute of Medicine of the National Academies. (2011). *Clinical practice guidelines we can trust*. National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/13058>
- Instituto Nacional de Estatística. (2019). *A mortalidade por tumores malignos da traqueia, brônquios e pulmão regista valores significativos a partir dos 45 anos – 2017*. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=345373282&DESTAQUESmodo=2
- International Society for Quality of Life Research. (2017). *Dicionário de Qualidade de Vida e Medição de Resultados em Saúde*. (Mayo, N., Ed., P. L. Ferreira, Trans. Ed.). ISOQOL.
- Ivers, N., Jamtvedt, G., Flottorp, S., Young, J.M., Odgaard-Jensen, J., French, S.D., O'Brien, M.A., Johansen, M., Grimshaw, J., & Oxman, A.D. (2012). Audit and feedback: Effects on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(6), 222. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD000259.pub3>
- James, P., Worthington, H. V., Parnell, C., Harding, M., Lamont, T., Cheung, A., Whelton, H., & Riley, P. (2017). Chlorhexidine mouthrinse as an adjunctive treatment for

- gingival health. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3(3), CD008676. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD008676.pub2>
- Jayasekara, R.S. (2012). Focus groups in nursing research: methodological perspectives. *Nursing Outlook*, 60(6), 411-416. <http://dx.doi.org/10.1016/j.outlook.2012.02.001>
- Jean, A. (2001). Brain stem control of swallowing: Neuronal network and cellular mechanisms. *Physiological Reviews*, 81(2), 929-969. <http://dx.doi.org/10.1152/physrev.2001.81.2.929>
- Jean, E., Sevilla Guerra, S.S., Contandriopoulos, D., Perroux, M., Kilpatrick, K., & Zabalegui, A. (2019). Context and implementation of advanced nursing practice in two countries: An exploratory qualitative comparative study. *Nursing Outlook*, 67(4), 365–380. <http://dx.doi.org/10.1016/j.outlook.2019.02.002>
- Jeyaseelan, R. D., Vargo, M. M., & Chae, J. (2015). National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) as an early predictor of poststroke dysphagia. *PM&R*, 7(6), 593-598. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pmrj.2014.12.007>
- Johnson, M. (2013). Writing research questions and hypotheses. Em E. Curtis, & J. Drennan (Ed.), *Quantitative health research: Issues and methods* (pp. 62-73). Open University Press: McGraw-Hill Education.
- Jones, E., Speyer, R., Kertscher, B., Denman, D., Swan, K., & Cordier, R. (2018). Health-related quality of life and oropharyngeal dysphagia: A systematic review. *Dysphagia*, 33(2), 141-172. <http://dx.doi.org/10.1007/s00455-017-9844-9>
- Jorm, A.F. (2015). Using the Delphi expert consensus method in mental health research. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 49(10), 887-897. <http://dx.doi.org/10.1177/0004867415600891>
- Joundi, R.A., Martino, R., Saposnik, G., Giannakeas, V., Fang, J., & Kapral, M.K. (2017). Predictors and outcomes of dysphagia screening after acute ischemic stroke. *Stroke*, 48(4), 900-906. <http://dx.doi.org/10.1161/STROKEAHA.116.015332>
- Joundi, R.A., Saposnik, G., Martino, R., Fang, J., Porter, J., & Kapral, M.K. (2018). Outcomes among patients with direct enteral vs nasogastric tube placement after acute stroke. *Neurology*, 90(7), e544–e552. <http://dx.doi.org/10.1212/WNL.0000000000004962>
- Joundi, R.A., Martino, R., Saposnik, G., Giannakeas, V., Fang, J., & Kapral, M.K. (2018). Dysphagia screening after intracerebral hemorrhage. *International Journal of Stroke*, 13(5), 503-510. <http://dx.doi.org/10.1177/1747493017729265>

- Kalra, L., Hodsoll, J., Irshad, S., Smithard, D., & Manawadu, D. (2016). Association between nasogastric tubes, pneumonia, and clinical outcomes in acute stroke patients. *Neurology*, 87, 1352-1359. <http://dx.doi.org/10.1212/WNL.0000000000003151>
- Karaca-Umay, E., Gurçay, E., Bahçeci, K., Ozturk, E., Yilmaz, V., Gundogdu, I., Ceylan, T., Eren, Y., & Çakci, A. (2018). Validity and reliability of Turkish version of the gugging swallowing screen test in the early period of hemispheric stroke. *Neurological Science and Neurophysiology*, 35(1), 6-13. <http://nsnjournal.com/wp-content/uploads/2020/05/2018-Vol35-Issue1.pdf>
- Keeney, S., Hasson, F., & McKenna, H.P. (2001). A critical review of the Delphi technique as a research methodology for nursing. *International Journal of Nursing Studies*, 38(2), 195-200. [http://dx.doi.org/10.1016/s0020-7489\(00\)00044-4](http://dx.doi.org/10.1016/s0020-7489(00)00044-4)
- Kelly, T. (2010). Review of the evidence to support oral hygiene in stroke patients. *Nursing Standard*, 24(37), 35–38. <http://dx.doi.org/10.7748/ns2010.05.24.37.35.c7778>
- Kim, G., Baek, S., Park, H.-W., Kang, E.K., & Lee, G. (2018). Effect of nasogastric tube on aspiration risk: Results from 147 patients with dysphagia and literature review. *Dysphagia*, 33(6), 731–738. <http://dx.doi.org/10.1007/s00455-018-9894-7>
- Kim, H.-H., & Park, J.-S. (2019). Efficacy of modified chin tuck against resistance exercise using hand-free device for dysphagia in stroke survivors: A randomised controlled trial. *Journal of Oral Rehabilitation*, 46(11), 1042–1046. <http://dx.doi.org/10.1111/joor.12837>
- Kleim, J.A., & Jones, T.A. (2008). Principles of experience-dependent neural plasticity: Implications for rehabilitation after brain damage. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 51(1), S225–S239. [http://dx.doi.org/10.1044/1092-4388\(2008/018\)](http://dx.doi.org/10.1044/1092-4388(2008/018))
- Koennecke, H.C., Belz, W., Berfelde, D., Endres, M., Fitzek, S., Hamilton, F., Kreitsch, P., Mackert, B.-M., Nabavi, D.G., Nolte, C.H., Pöhls, W., Schmehl, I., Schmitz, B., Brevern, M., Walter, G., & Heuschmann, P.U. (2011). Factors influencing in-hospital mortality and morbidity in patients treated on a stroke unit. *Neurology*, 77(10), 965-972. <http://dx.doi.org/10.1212/WNL.0b013e31822dc795>
- Kondrup, J., Allison, S.P., Elia, M., Vellas, B., & Plauth, M. (2003). ESPEN guidelines for nutrition screening 2002. *Clinical Nutrition*, 22(4), 415–421. [http://dx.doi.org/10.1016/s0261-5614\(03\)00098-0](http://dx.doi.org/10.1016/s0261-5614(03)00098-0)
- Kothari, M., Pillai, R.S., Kothari, S.F., Spin-Neto, R., Kumar, A., & Nielsen, J.F. (2017). Oral health status in patients with acquired brain injury: A systematic review. *Oral*

- Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology*, 123(2), 205–219.e7.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.oooo.2016.10.024>
- Kotter, J. (2009). Leading change: Why transformation efforts fail. *IEEE Engineering Management*, 37(3), 42-48. <http://dx.doi.org/10.1109/EMR.2009.5235501>
- Krajczyk, E., Krajczyk, M., Luniewski, J., Bogacz, K., & Szczegielniak, J. (2019). Assessment of the effects of dysphagia therapy in patients in the early post-stroke period: A randomised controlled trial. *Neurologia i Neurochirurgia Polska*, 53(6), 428–434.
<http://dx.doi.org/10.5603/PJNNS.a2019.0053>
- Kredo, T., Bernhardsson, S., Machingaidze, S., Young, T., Louw, Q., Ochodo, E., & Grimmer, K. (2016). Guide to clinical practice guidelines: The current state of play. *International Journal of Quality Health Care*, 28(1), 122–128.
<http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzv115>
- Krueger, R., & Casey, M. (2015a). *Focus Group: A practical guide for applied research*. Sage.
- Krueger, R., & Casey, M. (2015b). *Focus group research methods: Notes*. Richard A. Kruger. <https://richardakrueger.com/focus-group-interviewing/>
- Kuiper, R., O'Donnell, S., Pesut, D., & Turrise, S. (2017). *The essentials of clinical reasoning for nurses: Using the outcome-present state-model for reflective practice*. Sigma Theta Tau International.
- Kwak, H.-J., Kim, L., Ryu, B.-J., Kim, Y.-H., Park, S.-W., Cho, D.-G., Lee, C.-J., Ha, K.-W. (2018). Influence of nasogastric tubes on swallowing in stroke patients: Measuring hyoid bone movement with ultrasonography. *Annals of Rehabilitation Medicine*, 42(4), 551–559. <http://dx.doi.org/10.5535/arm.2018.42.4.551>
- Kwok, C., McIntyre, A., Janzen, S., Mays, R., & Teasell, R. (2015). Oral care post stroke: A scoping review. *Journal of Oral Rehabilitation*, 42(1), 65–74.
<http://dx.doi.org/10.1111/joor.12229>
- Lam, O.L., McMillan, A.S., Li, L.S., & McGrath, C. (2014). Predictors of oral health-related quality of life in patients following stroke. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 46(5), 520–526. <http://dx.doi.org/10.2340/16501977-1806>
- Lam, O.L., McMillan, A.S., Samaranayake, L.P., Li, L.S., & McGrath, C. (2013a). Randomized clinical trial of oral health promotion interventions among patients following stroke. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 94(3), 435–443.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.apmr.2012.10.024>

- Lam, O.L., McMillan, A.S., Samaranayake, L.P., Li, L.S., & McGrath, C. (2013b). Effect of oral hygiene interventions on opportunistic pathogens in patients after stroke. *American Journal of Infection Control*, 41(2), 149–154. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajic.2012.02.020>
- Lawal, A.K., Rotter, T., Kinsman, L., Machotta, A., Ronellenfitsch, U., Scott, S.D., Goodridge, D., Plishka, C., & Groot, G. (2016). What is a clinical pathway? Refinement of an operational definition to identify clinical pathway studies for a Cochrane systematic review. *BMC Medicine*(14), 5. <http://dx.doi.org/10.1186/s12916-016-0580-z>
- Leder, S.B., & Suiter, D.M. (2008). Effect of nasogastric tubes on incidence of aspiration. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 89(4), 648–651. <http://dx.doi.org/10.1016/j.apmr.2007.09.038>
- Lehane, E., & Savage, E. (2013). Questionnaires and instruments for health care research. Em E. Curtis, & J. Drenan (Ed.), *Quantitative health research: Issues and methods* (pp. 294-312). Open University Press, McGraw-Hill Education.
- Lei n.º 21/2014, 16 de abril. (2014). *Diário da República n.º 75 - I Série*. Assembleia da República. Lisboa, Portugal. <https://dre.pt/pesquisa/-/search/25344024/details/maximized>
- Lei n.º156/2015, de 16 de setembro. (2015). *Diário da República n.º 181 - I Série*. Assembleia da República. Lisboa, Portugal. https://dre.pt/home/-/dre/70309896/details/maximized?p_auth=eVlwl6Va
- Lessard-Hébert, M., Boutin, G., & Goyette, G. (2013). *Investigação qualitativa: Fundamentos e prática*. Instituto Piaget.
- Lezaun, J. (2007). A Market of opinions: The political epistemology of focus groups. *The Sociological Review*, 55(2_suppl), 130-151. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-954X.2007.00733.x>
- Lieber, A.C., Hong, E., Putrino, D., Nistal, D.A., Pan, J.S., & Kellner, C.P. (2018). Nutrition, energy expenditure, dysphagia, and self-efficacy in stroke rehabilitation: A review of the literature. *Brain Sciences*, 8(12), 218. <http://dx.doi.org/10.3390/brainsci8120218>
- Lim, S.H., Lieu, P.K., Phua, S.Y., Seshadri, R., Venketasubramanian, N., Lee, S.H., & Choo, P.W. (2001). Accuracy of bedside clinical methods compared with fiberoptic endoscopic examination of swallowing (FEES) in determining the risk of aspiration in acute stroke patients. *Dysphagia*, 16(1), 1-6. <http://dx.doi.org/10.1007/s004550000038>

- Lobb, R., & Colditz, G.A. (2013). Implementation science and its application to population health. *Annual Review of Public Health*, 34, 235–251. <http://dx.doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031912-114444>
- Logemann, J.A., & Larsen, K. (2012). Oropharyngeal dysphagia: Pathophysiology and diagnosis for the anniversary issue of Diseases of the Esophagus. *Diseases of the Esophagus*, 25(4), 299-304. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1442-2050.2011.01210.x>
- Logrippe, S., Ricci, G., Sestili, M., Cespi, M., Ferrara, L., Palmieri, G.F., Ganzetti, R., Bonacucina, G., & Blasi, P. (2017). Oral drug therapy in elderly with dysphagia: Between a rock and a hard place! *Clinical Interventions in Aging*, 12, 241-251. <http://dx.doi.org/10.2147/CIA.S121905>
- Long, Y.-B., & Wu, X.-P. (2012). A meta-analysis of the efficacy of acupuncture in treating dysphagia in patients with a stroke. *Acupuncture in Medicine*, 30(4), 291–297. <http://dx.doi.org/10.1136/acupmed-2012-010155>
- López-Gómez, J.J., Delgado-García, E., Coto-García, C., Torres-Torres, B., Gómez-Hoyos, E., Serrano-Valles, C., Castro-Lozano, Á., Arenillas-Lara, J.F., & Luis-Román, D.A. (2019). Influence of hyperglycemia associated with enteral nutrition on mortality in patients with stroke. *Nutrients*, 11(5), 996. <http://dx.doi.org/10.3390/nu11050996>
- Lyons, M., Smith, C., Boaden, E., Brady, M.C., Brocklehurst, P., Dickinson, H., Hamdy, S., Higham, S., Langhorne, P., Lightbody, C., McCracken, G., Medina-Lara, A., Sproson, L., Walls, A., & Watkins, D.C. (2018). Oral care after stroke: Where are we now? *European Stroke Journal*, 3(4), 347–354. <http://dx.doi.org/10.1177/2396987318775206>
- Machado, N. (2013). *Gestão da qualidade dos cuidados de enfermagem - um modelo de melhoria contínua baseado na reflexão-ação*. [Tese de doutoramento, Instituto de Ciências da Saúde de Universidade Católica Portuguesa]. <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/14957/1/Nat%C3%A1liaMachado%20-%20Gest%C3%A3o%20da%20qualidade%20dos%20cuidados%20de%20enfermagem%20Um%20modelo%20de%20melhoria%20cont%C3%ADnua%20baseado%20na%20reflex%C3%A3o%20a%C3%A7%C3%A3o.pdf>
- Maeshima, S., Osawa, A., & Tanahashi, N. (2013). Eating and swallowing problems in patients with acute cerebral hemorrhage. *The Japanese Journal of Rehabilitation Medicine*, 50(4), 290-297. <http://dx.doi.org/10.2490/jjrmc.50.290>

- Mahoney, C., & Veitch, L. (2018). Interventions for maintaining nasogastric feeding after stroke: An integrative review of effectiveness and acceptability. *Journal of Clinical Nursing*, 27(3-4), e427–e436. <http://dx.doi.org/10.1111/jocn.14013>
- Martino, R., Beaton, D., & Diamant, N.E. (2010). Perceptions of psychological issues related to dysphagia differ in acute and chronic patients. *Dysphagia*, 25(1), 26-34. <http://dx.doi.org/10.1007/s00455-009-9225-0>
- Martino, R., Foley, N., Bhogal, S., Diamant, N., Speechley, M., & Teasell, R. (2005). Dysphagia after stroke: Incidence, diagnosis, and pulmonary complications. *Stroke*, 36(12), 2756-2763. <http://dx.doi.org/10.1161/01.STR.0000190056.76543.eb>
- Martino, R., Silver, F., Teasell, R., Bayley, M., Nicholson, G., Streiner, D.L., & Diamant, N.E. (2009). The Toronto Bedside Swallowing Screening Test (TOR-BSST) - Development and validation of a dysphagia screening tool for patients with stroke. *Stroke*, 40, 555-561. <http://dx.doi.org/10.1161/STROKEAHA.107.510370>
- Martins, J.C. (2008). Investigação em Enfermagem: Alguns apontamentos sobre a dimensão ética. *Pensar Enfermagem*, 12(2), 62-66.
- Matosin, N., Frank, E., Engel, M., Lum, J.S., & Newell, K.A. (2014). Negativity towards negative results: A discussion of the disconnect between scientific worth and scientific culture. *Disease Models & Mechanisms*, 7(2), 171-173. <http://dx.doi.org/10.1242/dmm.015123>
- Maxim, L.D., Niebo, R., & Utell, M.J. (2014). Screening tests: A review with examples. *Inhalation Toxicology*, 26(13), 811-828. <http://dx.doi.org/10.3109/08958378.2014.955932>
- McCurtin, A., Boland, P., Kavanagh, M., Lisiecka, D., Roche, C., & Galvin, R. (2020). Do stroke clinical practice guideline recommendations for the intervention of thickened liquids for aspiration support evidence based decision making? A systematic review and narrative synthesis. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 26(6), 1744-1760. <http://dx.doi.org/10.1111/jep.13372>
- McCurtin, A., Healy, C., Kelly, L., Murphy, F., Ryan, J., & Walsh, J. (2018). Plugging the patient evidence gap: What patients with swallowing disorders post-stroke say about thickened liquids. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 53(1), 30-39. <http://dx.doi.org/10.1111/1460-6984.12324>
- McHugh, M.L. (2012). Interrater reliability: the kappa statistic. *Biochemia Medica*, 22(3), 276–282. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3900052/>

- McKay, J., & Marshall, P. (2002). Action research: A guide to process and procedure. *European Conference on Research Methods in Business and Management*. Autor.
- McLaren, S. (2013). Planning and conducting surveys. Em E. A. Curtis, & J. Drennan (Ed.), *Quantitative health research: Issues and methods* (pp. 174-196). Open University Press, McGraw Hill Education.
- Meleis, A.I. (2015). Transitions Theory. Em M. Smith, & M.E. Parker (Ed.), *Nursing theories and nursing practice* (4th Edition ed., pp. 361-380). F. A. Davis Company.
- Meleis, A.I. (2010). Role insufficiency and role supplementation: a conceptual framework. Em A. I. Meleis (Ed.), *Transitions Theory: Middle range and situation specific theories in nursing research and practice* (pp. 13-24). Springer Publishing Company.
- Meleis, A.I., Swayer, L., Im, E.-O., Hilfinger Messias, D.K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12-28. <http://dx.doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>
- Melnik, B., Gallagher-Ford, L., & Fineout-Overholt, E. (2017). *Implementing the evidence-based practice (EBP) competencies in healthcare: A practical guide for improving quality, safety and outcomes*. Sigma Theta Tau International.
- Mennella, H., & Heering, H. (2018). *CINAHL Nursing Guide*, 3. Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature. <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=2bb83def-9944-4301-8a5f-565b1adcc4b5%40pdc-v-sessmgr05>
- Middleton, S., Coughlan, K., Mnatzaganian, G., Low Choy, N., Dale, S., Jammali-Blasi, A., Levi, C., Grimshaw, J.M., Ward, J., Cadilhac, D.A., McElduff, P., Hiller, J.E., & D'Este, C. (2017). Mortality reduction for fever, hyperglycemia, and swallowing nurse-initiated stroke intervention: QASC Trial (Quality in Acute Stroke Care) follow-up. *Stroke*, 48(5), 1331-1336. <http://dx.doi.org/10.1161/STROKEAHA.116.016038>
- Middleton, S., Grimley, R., & Alexandrov, A.W. (2015). Triage, treatment, and transfer: Evidence-based clinical practice recommendations and models of nursing care for the first 72 hours of admission to hospital for acute stroke. *Stroke*, 46(2), e18-e25. <http://dx.doi.org/10.1161/STROKEAHA.114.006139>
- Middleton, S., McElduff, P., Ward, J., Grimshaw, J.M., Dale, S., D'Este, C., Drury, P., Griffiths, R., Cheung, N.W., Quinn, C., Malcom, E., Cadilhac, D., & Levi, C. (2011). Implementation of evidence-based treatment protocols to manage fever, hyperglycaemia, and swallowing dysfunction in acute stroke (QASC): A cluster

- randomised controlled trial. *Lancet*, 378(9804), 1699-1706.
[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)61485-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61485-2)
- Miller, A.J. (2008). The neurobiology of swallowing and dysphagia. *Developmental Disabilities Research Reviews*, 14(2), 77-86. <http://dx.doi.org/10.1002/ddrr.12>
- Miles, A., McFarlane, M., Scott, S., & Hunting, A. (2018). Cough response to aspiration in thin and thick fluids during FEES in hospitalized inpatients. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 53(5), 909-918.
<http://dx.doi.org/10.1111/1460-6984.12401>
- Mokkink, L.B., Prinsen, C.A., Bouter, L.M., Vet, H.C., & Terwee, C.B. (2016). The Consensus-based Standards for the selection of health Measurement INstruments (COSMIN) and how to select an outcome measurement instrument. *Brazilian Journal of Physical Therapy*, 20(2), 105-113. <http://dx.doi.org/10.1590/bjpt-rbf.2014.0143>
- Mokkink, L.B., Terwee, C.B., Knol, D.L., Stratford, P.W., Alonso, J., Patrick, D. L., Bouter, L.M., & de Vet, H.C. (2010). The COSMIN checklist for evaluating the methodological quality of studies on measurement properties: A clarification of its content. *BMC Medical Research Methodology*, 10(22), 1-8.
<http://dx.doi.org/10.1186/1471-2288-10-22>
- Mokkink, L.B., Terwee, C.B., Patrick, D.L., Alonso, J., Stratford, P.W., Knol, D.L., Bouter, L.M., & de Vet, H. (2010a). The COSMIN checklist for assessing the methodological quality of studies on measurement properties of health status measurement instruments: an international Delphi study. *Quality of Life Research*, 19(4), 539-549.
<http://dx.doi.org/10.1007/s11136-010-9606-8>
- Mokkink, L.B., Terwee, C.B., Patrick, D.L., Alonso, J., Stratford, P.W., Knol, D.L., Bouter, L.M., & Vet, H.C. (2010b). The COSMIN study reached international consensus on taxonomy, terminology, and definitions of measurement properties for health-related patient-reported outcomes. *Journal of Clinical Epidemiology*, 63(7), 737-745.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jclinepi.2010.02.006>
- Moloney, J., & Walshe, M. (2017). "I had no idea what a complicated business eating is...": A qualitative study of the impact of dysphagia during stroke recovery. *Disability and Rehabilitation*, 40(13), 1524-1531.
<http://dx.doi.org/10.1080/09638288.2017.1300948>
- Moon, J.-H., Hahm, S.-C., Won, Y.S., & Cho, H.-Y. (2018). The effects of tongue pressure strength and accuracy training on tongue pressure strength, swallowing function,

- and quality of life in subacute stroke patients with dysphagia: A preliminary randomized clinical trial. *International Journal of Rehabilitation Research*, 41(3), 204–210. <http://dx.doi.org/10.1097/MRR.0000000000000282>
- Morris, Z.S., Wooding, S., & Grant, J. (2011). The answer is 17 years, what is the question: Understanding time lags in translational research. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 104(12), 510-520. <http://dx.doi.org/10.1258/jrsm.2011.110180>
- Moseley, A.M., Elkins, M.R., Herbert, R.D., Maher, C.G., & Sherrington, C. (2009). Cochrane reviews used more rigorous methods than non-Cochrane reviews: Survey of systematic reviews in physiotherapy. *Journal of Clinical Epidemiology*, 62(10), 1021-1030. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jclinepi.2008.09.018>
- Mota, L., Bastos, F.S., & Brito, M.A. (2018). A pessoa submetida a transplante de fígado: Terapêuticas de enfermagem no follow-up. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(16), 19-28. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV17086>
- Mourão, A.M., Almeida, E.O., Lemos, S.M., Vicente, L.C., & Teixeira, A.L. (2016). Evolution of swallowing in post-acute stroke: a descriptive study. *Revista CEFAC*, 18(2), 417-425. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0216201618212315>
- Murray, J., & Scholten, I. (2018). An oral hygiene protocol improves oral health for patients in inpatient stroke rehabilitation. *Gerodontology*, 35(1), 18–24. <http://dx.doi.org/10.1111/ger.12309>
- Nascimento, A., Carvalho, M., Nogueira, J., Abreu, P., & Nzwalo, H. (2018). Complications associated with nasogastric tube placement in the acute phase of stroke: A systematic review. *The Journal of Neuroscience Nursing*, 50(4), 193–198. <http://dx.doi.org/10.1097/JNN.0000000000000372>
- Nathaniel, A., & Andrews, T. (2007). How grounded theory can improve nursing care quality. *Journal of Nursing Care Quality*, 22(4), 350-357. <http://dx.doi.org/10.1097/01.NCQ.0000290417.27393.91>
- National Collaborating Centre for Acute Care. (2006). *Nutrition support in adults Oral nutrition support, enteral tube feeding and parenteral nutrition*. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg32>
- National Collaborating Centre for Chronic Conditions. (2019). *Stroke: National clinical guideline for diagnosis and initial management of acute stroke and transient ischaemic attack (TIA)*. Royal College of Physicians. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng128>

- National Institute for Health and Care Excellence. (2019). *2019 surveillance of stroke rehabilitation in adults (NICE guideline CG162)*. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg162/resources/2019-surveillance-of-stroke-rehabilitation-in-adults-nice-guideline-cg162-pdf-8714027481541>
- Negrini, S., Armijo-Olivo, S., Patrini, M., Frontera, W.R., Heinemann, A.W., Machalicek, W., Whyte, J., & Chiara, A. (2020). The randomized controlled trials rehabilitation checklist: Methodology of development of a reporting guideline specific to rehabilitation. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 99(3), 210-215. <http://dx.doi.org/10.1097/PHM.0000000000001370>
- Newman, R., Vilardell, N., Clavé, P., & Speyer, R. (2016). Effect of b́olus viscosity on the safety and efficacy of swallowing and the kinematics of the swallow response in patients with oropharyngeal dysphagia: White paper by the European Society for Swallowing Disorders (ESSD). *Dysphagia*, 31(2), 232–249. <http://dx.doi.org/10.1007/s00455-016-9696-8>
- Nibbelink, C.W., & Brewer, B.B. (2018). Decision-making in nursing practice: An integrative literature review. *Journal of Clinical Nursing*, 27(5-6), 917–928. <http://dx.doi.org/10.1111/jocn.14151>
- Niederberger, M., & Spranger, J. (2020). Delphi technique in health sciences: A map. *Frontiers in Public Health*, 8, 457. <http://dx.doi.org/10.3389/fpubh.2020.00457>
- Nilsen, P. (2015). Making sense of implementation theories, models and frameworks. *Implementation science*, 10, 53(2015). <http://dx.doi.org/10.1186/s13012-015-0242-0>
- Nishino, T. (2013). The swallowing reflex and its significance as an airway defensive reflex. *Frontiers in Physiology*, 3, 489. <http://dx.doi.org/10.3389/fphys.2012.00489>
- Nunes, L. (2013). *Considerações éticas a atender nos trabalhos de investigação académica em enfermagem*. Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4547/1/consid%20eticas%20na%20investig%20academica%20em%20enfermagem.pdf>
- O'Brien, M.A., Rogers, S., Jamtvedt, G., Oxman, A.D., Odgaard-Jensen, J., Kristoffersen, D.T., Forsetlund, L., Bainbridge, D., Freemantle, N., Davis, D., Haynes, R.B., & Harvey, E. (2007). Educational outreach visits: Effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2007(4), CD000409. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD000409.pub2>

- Ojo, O., & Brooke, J. (2016). The use of enteral nutrition in the management of stroke. *Nutrients*, 8(12), 827. <http://dx.doi.org/10.3390/nu8120827>
- Ojo, O., Keaveney, E., Wang, X.-H., & Feng, P. (2019). The effect of enteral tube feeding on patients' health-related quality of life: A systematic review. *Nutrients*, 11(5), 1046. <http://dx.doi.org/10.3390/nu11051046>
- Oliveira, I.J., Mota, L.N., Freitas, S.V., & Ferreira, P.L. (2019). Dysphagia screening tools for acute stroke patients available for nurses: A systematic review. *Nursing Practice Today*, 6(3), 103-115. <http://dx.doi.org/10.18502/npt.v6i3.1253>
- Oliveira, I.J., & Mota, L.N. (2019). Instruções para o uso da GUSS. *Livro de Atas: IV Conferência Internacional de Investigação em Saúde* (p. 55). Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa <https://www.essnortecvp.pt/pt/investigacao/publicacoes/>
- Oliveira, I.J., Almeida, S.I., Mota, L.N., & Couto, G.R. (2020). Conceptualização dos cuidados de enfermagem à pessoa com deglutição comprometida após o acidente vascular cerebral. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(4), e20024. <http://dx.doi.org/10.12707/RV20024>
- Oliveira, I.J., Couto, G.R., & Mota, L.N. (2019). Terapêuticas de enfermagem na pessoa com deglutição comprometida após acidente vascular cerebral. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(23), 133-140. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV19057>
- Oliveira, I., Couto, G., & Mota, L. (2020). Nurses' preferred items for dysphagia screening in acute stroke patients: A qualitative study. *Nursing Practice Today*, 7(3), 226-233. <http://dx.doi.org/10.18502/npt.v7i3.3351>
- Oliveira, I.J., Couto, G.R., Vilarés, R., Campolargo, A., Lima, C., & Ferreira, P.L. (2022). Best practice recommendations for dysphagia management in stroke patients: a consensus from a Portuguese expert panel. *Portuguese Journal of Public Health*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1159/000520505>
- Oliveira, I.J., Ferreira, P.L., Miranda, M.V., Campos, C.S., Barreto, M.D., Correia, R.L., & Couto, G.R. (2021). Barnes-Jewish Hospital-Stroke Dysphagia Screen: results from the Portuguese version application. *Journal Health NPEPS*, 6(2), 73-89. <http://dx.doi.org/10.30681/252610105656>
- Oliveira, I.J., Couto, G.R., Moreira, A., Gonçalves, C., Marques, M., & Ferreira, P.L. (2021). The Portuguese version of the Gugging Swallowing Screen: Results from its application. *Millenium*, 2(16), 93-101. doi: 10.29352/mill0216.24585

- Ordem dos Enfermeiros. (2007). *Resumo mínimo da dados e core de indicadores de enfermagem para o repositório central de dados da saúde*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/RMDE_Indicadores-VFOut2007.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual. Enunciados Descritivos*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- 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*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/sites/sul/informacao/Documents/Gui%C3%A3o%20para%20elaborac%C2%B8%C3%A3o%20projetos%20qualidade%20SRS.pdf>
- Ortega, O., Martín, A., & Clavé, P. (2017). Diagnosis and management of oropharyngeal dysphagia among older persons, State of the Art. *Journal of the American Medical Directors Association*, 18(7), 576–582. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2017.02.015>
- Otto, D.M., Ribeiro, M.C., Barea, L.M., Mancopes, R., & Almeida, S.T. (2016). Association between neurological injury and the severity of oropharyngeal dysphagia after stroke. *CoDAS*, 28(6), 724–729. <http://dx.doi.org/10.1590/2317-1782/20162015139>
- Padilha, J. (2013). *Promoção da gestão do regime terapêutico em clientes com DPOC: um percurso de investigação-ação*. [Tese de doutoramento, Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa]. <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/14958>
- Palli, C., Fandler, S., Doppelhofer, K., Niederkorn, K., Enzinger, C., Vetta, C., Trampusch, E., Schmidt, R., Fazekas, F., & Gattringer, T. (2017). Early dysphagia screening by trained nurses reduces pneumonia rate in stroke patients: A clinical intervention study. *Stroke*, 48(9), 2583-2585. <http://dx.doi.org/10.1161/STROKEAHA.117.018157>
- Park, H.-S., Oh, D.-H., Yoon, T., & Park, J.-S. (2019). Effect of effortful swallowing training on tongue strength and oropharyngeal swallowing function in stroke patients with dysphagia: A double-blind, randomized controlled trial. *International Journal of*

- Language & Communication Disorders*, 54(3), 479–484.
<http://dx.doi.org/10.1111/1460-6984.12453>
- Park, K.D., Kim, T.H., & Lee, S.H. (2020). The Gugging Swallowing Screen in dysphagia screening for patients with stroke: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 107, 103588. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103588>
- Perry, S., Huckabee, M.-L., Tompkins, G., & Milne, T. (2020). The association between oral bacteria, the cough reflex and pneumonia in patients with acute stroke and suspected dysphagia. *Journal of Oral Rehabilitation*, 47(3), 386-394.
<http://dx.doi.org/10.1111/joor.12903>
- Perry, S.E., Miles, A., Fink, J.N., & Huckabee, M.-L. (2018). The Dysphagia in Stroke Protocol reduces aspiration pneumonia in patients with dysphagia following acute stroke: A clinical audit. *Translational Stroke Research*, 10(1), 36-43.
<http://dx.doi.org/10.1007/s12975-018-0625-z>
- Pillai, R.S., Spin-Neto, R., Kothari, S.F., Nielsen, J.F., & Kothari M. (2018). Oral health and brain injury: Causal or casual relation? *Cerebrovascular Disease Extra*, 8(1), 1–15.
<http://dx.doi.org/10.1159/000484989>
- Pisegna, J.M., Kaneoka, A., Pearson Jr, W.G., Kumar, S., & Langmore, S.E. (2016). Effects of non-invasive brain stimulation on post-stroke dysphagia: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Clinical Neurophysiology*, 127(1), 956–968. <http://dx.doi.org/10.1016/j.clinph.2015.04.069>
- Ploumis, A., Papadopoulou, S.L., Theodorou, S.J., Exarchakos, G., Givissis, P., & Beris, A. (2018). Cervical isometric exercises improve dysphagia and cervical spine malalignment following stroke with hemiparesis: A randomized controlled trial. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, 54(6), 845–852.
<http://dx.doi.org/10.23736/S1973-9087.17.04952-8>
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2011). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: Avaliação de evidências para a prática de enfermagem*. Artmed.
- Poorjavad, M., & Jalaie, S. (2014). Systemic review on highly qualified screening tests for swallowing disorders following stroke: Validity and reliability issues. *Journal of Research in Medical Sciences*, 19(8), 776-785.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4235100/?report=reader>
- Powers, W.J., Rabinstein, A.A., Ackerson, T., Adeoye, O.M., Bambakidis, N.C., Becker, K., Biller, J., Brown, M., Demaerschalk, B.M., Hoh, B., Jauch, E.C., Kidwell, C.S., Leslie-Mazwi, T.M., Ovbiagele, B., Scott, P.A., Sheth, K.N., Southerland, A.M.,

- Summers, D.V., & Tirschwell, D.L. (2018). 2018 Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke - A guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, 49(3), e46-e110. <http://dx.doi.org/10.1161/STR.0000000000000158>
- Ramsey, D., Smithard, D., & Kalra, L. (2005). Silent aspiration: What do we know? *Dysphagia*, 20(3), 218-225. <http://dx.doi.org/10.1007/s00455-005-0018-9>
- Rittman, M., Boylstein, C., Hinojosa, R., Hinojosa, M. S., & Haun, J. (2010). Transition experiences of stroke survivors following discharge home. Em A. I. Meleis (Ed.), *Transitions Theory: Middle range and situation specific theories in nursing research and practice* (pp. 170-181). Springer Publishing Company.
- Robbins, J., Butler, S.G., Daniels, S.K., Diez Gross, R., Langmore, S., Lazarus, C.L., Martin-Harris, B., McCabe, D., Musson, N., & Rosenbek, J. (2008). Swallowing and dysphagia rehabilitation: Translating principles of neural plasticity into clinically oriented evidence. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 51(1), S276–S300. [http://dx.doi.org/10.1044/1092-4388\(2008/021\)](http://dx.doi.org/10.1044/1092-4388(2008/021))
- Rofes, L., Muriana, D., Palomeras, E., Vilardell, N., Palomera, E., Alvarez-Berdugo, D., Casado, V., & Clavé, P. (2018). Prevalence, risk factors and complications of oropharyngeal dysphagia in stroke patients: A cohort study. *Neurogastroenterology & Motility*, 30(8), e13338. <http://dx.doi.org/10.1111/nmo.13338>
- Rosenbek, J.C., Robbins, J.A., Roecker, E.B., Coyle, J.L., & Wood, J.L. (1996). A penetration-aspiration scale. *Dysphagia*, 11(2), 93-98. <http://dx.doi.org/10.1007/bf00417897>
- Rotter, T., Kinsman, L., James, E.L., Machotta, A., Gothe, H., Willis, J., Snow, P., & Kugler, J. (2010). Clinical pathways: Effects on professional practice, patient outcomes, length of stay and hospital costs. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(3), CD006632. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD006632.pub2>
- Rowat, A. (2015). Enteral tube feeding for dysphagic stroke patients. *British Journal of Nursing*, 24(3), 138–145. <http://dx.doi.org/10.12968/bjon.2015.24.3.138>
- Sasaki, C.T., & Leder, S.B. (2014). Comments on selected recent dysphagia literature. *Dysphagia*, 29(5), 632–636. <http://dx.doi.org/10.1007/s00455-014-9564-3>
- Schuetz, P., Fehr, R., Baechli, V., Geiser, M., Deiss, M., Gomes, F., Kutz, A., Tribolet, P., Bregenzer, T., Braun, N., Hoess, C., Pavlicek, V., Schmid, S., Bilz, S., Sigrist, S., Brändle, M., Benz, C., Henzen, C., Mattmann, S., ... Mueller, B. (2019). Individualised nutritional support in medical inpatients at nutritional risk: A

- randomised clinical trial. *Lancet*, 393(10188), 2312–2321.
[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32776-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32776-4)
- Schumacher, K., & Meleis, A. (2010). Transitions: a central concept in nursing. Em A. Meleis (Ed.), *Transitions theory: Middle range and situation specific theories in nursing research and practice* (pp. 38-51). Springer Publishing Company.
- Schumacher, K., Jones, P., & Meleis, A. (2010). Helping elderly people in transition: a framework for research and practice. Em A. Meleis (Ed.), *Transitions theory: Middle range and situation specific theories in nursing research and practice* (pp. 129-144). Springer Publishing Company.
- Schwarz, M., Coccetti, A., Murdoch, A., & Cardell, E. (2017). The impact of aspiration pneumonia and nasogastric feeding on clinical outcomes in stroke patients: A retrospective cohort study. *Journal of Clinical Nursing*, 27(2), e235-e241.
<http://dx.doi.org/10.1111/jocn.13922>
- Seedat, J., & Penn, C. (2016). Implementing oral care to reduce aspiration pneumonia amongst patients with dysphagia in a South African setting. *The South African Journal of Communication Disorders*, 63(1), 11.
<http://dx.doi.org/10.4102/sajcd.v63i1.102>
- Sellers, C., Bowie, L., Bagg, J., Sweeney, M.P., Miller, H., Tilston, J., Langhorne, P., & Stott, D.J. (2007). Risk factors for chest infection in acute stroke. *Stroke*, 38(8), 2284–2291. <http://dx.doi.org/10.1161/STROKEAHA.106.478156>
- Serra-Prat, M., Palomera, M., Gomez, C., Sar-Shalom, D., Saiz, A., Montoya, J., Navajas, M., Palomera, E., & Clavé, P. (2012). 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 Ageing*, 41(3), 376–381.
<http://dx.doi.org/10.1093/ageing/afs006>
- Shaw, S.M., & Martino, R. (2013). The normal swallow: Muscular and neurophysiological control. *Otolaryngologic Clinics of North America*, 46(6), 937–956.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.otc.2013.09.006>
- Shayan, S.J., Kiwanuka, F., & Nakaye, Z. (2019). Barriers associated with evidence-based practice among nurses in low- and middle-income countries: A systematic review. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 16(1), 12-20.
<http://dx.doi.org/10.1111/wvn.12337>
- Shea, B.J., Reeves, B.C., Wells, G., Thuku, M., Hamel, C., Moran, J., Moher, D., Tugwell, P., Welch, V., Kristjansson, E., & Henry, D.A. (2017). AMSTAR 2: A critical appraisal

- tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. *BMJ*, 358, j4008. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.j4008>
- Shen, H.-C., Chen, H.-F., Peng, L.-N., Lin, M.-H., Chen, L.-K., Liang, C.-K., Lo, Y.-K., & Hwang, S.-J. (2011). Impact of nutritional status on long-term functional outcomes of post-acute stroke patients in Taiwan. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 53(2), e149-152. <http://dx.doi.org/10.1016/j.archger.2010.08.001>
- Sherman, V., Flowers, H., Kapral, M.K., Nicholson, G., Silver, F., & Martino, R. (2018). Screening for dysphagia in adult patients with stroke: Assessing the accuracy of informal detection. *Dysphagia*, 33(5), 662–669. <http://dx.doi.org/10.1007/s00455-018-9885-8>
- Sim, J., & Waterfield, J. (2019). Focus group methodology: Some ethical challenges. *Quality & Quantity*, 53(6), 3003–3022. <http://dx.doi.org/10.1007/s11135-019-00914-5>
- Simonelli, M., Ruoppolo, G., Iosa, M., Morone, G., Fusco, A., Grasso, M.G., Gallo, A., & Paolucci, S. (2019). A stimulus for eating. The use of neuromuscular transcutaneous electrical stimulation in patients affected by severe dysphagia after subacute stroke: A pilot randomized controlled trial. *NeuroRehabilitation*, 44(1), 103–110. <http://dx.doi.org/10.3233/NRE-182526>
- Singh, S., & Estefan, A. (2018). Selecting a grounded theory approach for nursing research. *Global Qualitative Nursing Research*, 5, 2333393618799571. <http://dx.doi.org/10.1177/2333393618799571>
- Sivertsen, J., Graverholt, B., & Espehaug, B. (2017). Dysphagia screening after acute stroke: A quality improvement project using criteria-based clinical audit. *BMC Nursing*, 16, 27. <http://dx.doi.org/10.1186/s12912-017-0222-6>
- Smith, E.E., Kent, D.M., Bulsara, K.R., Leung, L.Y., Lichtman, J.H., Reeves, M.J., Towfighi, A., Whiteley, W.N., & Zahuranec, D.B. (2018). Effect of dysphagia screening strategies on clinical outcomes after stroke: A systematic review for the 2018 guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke. *Stroke*, 49, e123-e128. <http://dx.doi.org/10.1161/STR.0000000000000159>
- Smithard, D., Westmark, S., & Melgaard, D. (2019). Evaluation of the prevalence of screening for dysphagia among older people admitted to medical services – An international survey. *OMB Geriatrics*, 3(4), 1904086. <http://dx.doi.org/10.21926/obm.geriatr.1904086>

- Sociedade Portuguesa de Acidente Vascular Cerebral. (2017). *Guia das Unidades de AVC*. https://static.livengine.net/spavc2013/lmgs/pages/uavc/GUIA%20AVC_site_28_11_17.pdf
- Sørensen, R.T., Rasmussen, R.S., Overgaard, K., Lerche, A., Johansen, A.M., & Lindhardt, T. (2013). Dysphagia screening and intensified oral hygiene reduce pneumonia after stroke. *Journal of Neuroscience Nursing*, 45(3), 139-146. <http://dx.doi.org/10.1097/JNN.0b013e31828a412c>
- Standing, M. (2014). *Clinical Judgement and decision-making for nursing students*. Sage.
- Steele, C. M., Alsanei, W. A., Ayanikalath, S., Barbon, C. E., Chen, J., Cichero, J. A., Coutts, K., Dantas, R.O., Duivestein, J., Giosa, L., Hanson, B., Lam, P., Lecko, C., Leigh, C., Nagy, A., Namasivayam, A.M., Nascimento, W.V., Odendaal, I., Smith, C.H., & Wang, H. (2015). The influence of food texture and liquid consistency modification on swallowing physiology and function: A systematic review. *Dysphagia*, 30(1), 2–26. <http://dx.doi.org/10.1007/s00455-014-9578-x>
- Stinear, C., Ackerley, S., & Byblow, W. (2013). Rehabilitation is initiated early after stroke, but most motor rehabilitation trials are not: A systematic review. *Stroke*, 44(7), 2039–2045. <http://dx.doi.org/10.1161/STROKEAHA.113.000968>
- Streubert, H. J., & Carpenter, D. R. (2013). *Investigação Qualitativa em enfermagem - Avançando o imperativo humanista*. Lusodidacta.
- Stroke Foundation. (2019). *Clinical guidelines for stroke management*. <https://informme.org.au/en/Guidelines/Clinical-Guidelines-for-Stroke-Management>
- Suntrup, S., Kemmling, A., Warnecke, T., Hamacher, C., Oelenberg, S., Niederstadt, T., Heindel, W., Wiendl, H., & Dziewas, R. (2015). The impact of lesion location on dysphagia incidence, pattern and complications in acute stroke. Part 1: Dysphagia incidence, severity and aspiration. *European Journal of Neurology*, 22(5), 832-938. <http://dx.doi.org/10.1111/ene.12670>
- Suntrup-Krueger, S., Minnerup, J., Muhle, P., Claus, I., Schröder, J.B., Marian, T., Warnecke, T., Kalic, M., Berger, K., & Dziewas, R. (2018). The effect of improved dysphagia care on outcome in patients with acute stroke: Trends from 8-year data of a large stroke register. *Cerebrovascular Diseases*, 45(3-4), 101–108. <http://dx.doi.org/10.1159/000487811>
- Swan, K., Speyer, R., Heijnen, B.J., Wagg, B., & Cordier, R. (2015). Living with oropharyngeal dysphagia: Effects of bólus modification on health-related quality of

- life--a systematic review. *Quality of life research*, 24(10), 2447–2456. <http://dx.doi.org/10.1007/s11136-015-0990-y>
- Takizawa, C., Gemmell, E., Kenworthy, J., & Speyer, R. (2016). A systematic review of the prevalence of oropharyngeal dysphagia in stroke, Parkinson's disease, Alzheimer's disease, head injury, and pneumonia. *Dysphagia*, 31(3), 434–441. <http://dx.doi.org/10.1007/s00455-016-9695-9>
- Tarameshlu, M., Ansari, N. N., Ghelichi, L., & Jalaei, S. (2019). The effect of repetitive transcranial magnetic stimulation combined with traditional dysphagia therapy on poststroke dysphagia: A pilot double-blinded randomized-controlled trial. *International Journal of Rehabilitation Research*, 42(2), 133-138. <http://dx.doi.org/10.1097/MRR.0000000000000336>
- Teasdale, G., & Jennett, B. (1974). Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale. *Lancet*, 2(7872), 81-84. [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(74\)91639-0](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(74)91639-0)
- Tian, Z.-Y., Liao, X., Gao, Y., Liang, S.-B., Zhang, C.-Y., Xu, D.-H., Lui, J.-P., & Robinson, N. (2019). An overview of systematic reviews and meta- analyses on acupuncture for post-acute stroke dysphagia. *Geriatrics*, 4(4), 68. <http://dx.doi.org/10.3390/geriatrics4040068>
- Thiollent, M. (2011). Action research and participatory research: An overview. *International Journal of Action Research*, 7(2), 160-174. http://dx.doi.org/10.1688/1861-9916_IJAR_2011_02_Thiollent
- Titsworth, W.L., Abram, J., Fullerton, A., Hester, J., Guin, P., Waters, M.F., & Mocco, J. (2013). Prospective quality initiative to maximize dysphagia screening reduces hospital-acquired pneumonia prevalence in patients with stroke. *Stroke*, 44(11), 3154-3160. <http://dx.doi.org/10.1161/STROKEAHA.111.000204>
- Tolich, M. (2009). The principle of caveat emptor: Confidentiality and informed consent as endemic ethical dilemmas in focus group research. *Journal of Bioethical Inquiry*, 6(1), 99-108. <http://dx.doi.org/10.1007/s11673-008-9124-3>
- Trapl, M., Enderle, P., Nowotny, M., Teuschl, Y., Matz, K., Dachenhausen, A., & Brainin, M. (2007). Dysphagia bedside screening for acute-stroke patients - The Gugging Swallowing Screen. *Stroke*, 38, 2948-2952. <http://dx.doi.org/10.1161/STROKEAHA.107.483933>

- Trevethan, R. (2017). Sensitivity, specificity, and predictive values: Foundations, pliabilities, and pitfalls in research and practice. *Frontiers in Public Health*, 5(307), 1-7. <http://dx.doi.org/10.3389/fpubh.2017.00307>
- Tsai, C.H., Eghdam, A., Davoody, N., Wright, G., Flowerday, S., & Koch, S. (2020). Effects of electronic health record implementation and barriers to adoption and use: A scoping review and qualitative analysis of the content. *Life*, 10(12), 327. <http://dx.doi.org/10.3390/life10120327>
- Ünlüer, N.Ö., Temuçin, Ç.M., Demir, N., Serel Arslan, S.S., & Karaduman, A.A. (2019). Effects of low-frequency repetitive transcranial magnetic stimulation on swallowing function and quality of life of post-stroke patients. *Dysphagia*, 34(3), 360–371. <http://dx.doi.org/10.1007/s00455-018-09965-6>
- Urimubenshi, G., Langhorne, P., Cadilhac, D.A., Kagwiza, J.N., & Wu, O. (2017). Association between patient outcomes and key performance indicators of stroke care quality: A systematic review and meta-analysis. *European Stroke Journal*, 2(4), 287–307. <http://dx.doi.org/10.1177/2396987317735426>
- Vabo, G., Slettebø, Å., & Fossum, M. (2017). Participants' perceptions of an intervention implemented in an Action Research Nursing Documentation Project. *Journal of Clinical Nursing*, 26(7-8), 983–993. <http://dx.doi.org/10.1111/jocn.13389>
- Vieira, M. (2004). Solidariedade e Responsabilidade. Em P. M. Neves, & S. Pacheco (Ed.), *Para uma Ética da Enfermagem*. Gráfica de Coimbra.
- Vilardell, N., Rofes, L., Arreola, V., Speyer, R., & Clavé, P. (2016). A comparative study between modified starch and xanthan gum thickeners in post-stroke oropharyngeal dysphagia. *Dysphagia*, 31(2), 169–179. <http://dx.doi.org/10.1007/s00455-015-9672-8>
- Virvidaki, I.E., Nasios, G., Kosmidou, M., Giannopoulos, S., & Milionis, H. (2018). Swallowing and aspiration risk: A critical review of non instrumental bedside screening tests. *Journal of Clinical Neurology*, 14(3), 265–274. <http://dx.doi.org/10.3988/jcn.2018.14.3.265>
- Wagner, C., Marchina, S., Deveau, J.A., Frayne, C., Sulmonte, K., & Kumar, S. (2016). Risk of Stroke-Associated Pneumonia and Oral Hygiene. *Cerebrovascular Diseases*, 41(1-2), 35-39. <http://dx.doi.org/10.1159/000440733>
- Wang, T.-G., Wu, M.-C., Chang, Y.-C., Hsiao, T.-Y., & Lien, I.-N. (2006). The effect of nasogastric tubes on swallowing function in persons with dysphagia following stroke.

- Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 87(9), 1270–1273.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.apmr.2006.05.019>
- Wang, Z.-Y., Chen, J.-M., & Ni, G.-X. (2019). Effect of an indwelling nasogastric tube on swallowing function in elderly post-stroke dysphagia patients with long-term nasal feeding. *BMC Neurology*, 19(1), 83. <http://dx.doi.org/10.1186/s12883-019-1314-6>
- Warnecke, T., Im, S., Kaiser, C., Hamacher, C., Oelenberg, S., & Dziewas, R. (2017). Aspiration and dysphagia screening in acute stroke – the Gugging Swallowing Screen revisited. *European Journal of Neurology*, 24, 594-601.
<http://dx.doi.org/10.1111/ene.13251>
- Watson, R. (2013). Issues and debates in validity and reliability. Em E. A. Curtis, & J. Drennan (Eds.), *Quantitative health research: Issues and methods* (pp. 313-330). Open University Press, McGraw-Hill Education.
- Wild, D., Grove, A., Martin, M., Eremenco, S., McElroy, S., Verjee-Lorenz, A., & Erikson, P. (2005). Principles of good practice for the translation and cultural adaptation process for patient-reported outcomes (PRO) measures: Report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. *Value in Health*, 8(2), 94-104.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1524-4733.2005.04054.x>
- Wilmskoetter, J., Martin-Harris, B., Pearson, W.G., Jr Bonilha, L., Elm, J.J., Horn, J., & Bonilha, H.S. (2018). Differences in swallow physiology in patients with left and right hemispheric strokes. *Physiology & Behavior*, 194, 144–152.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.physbeh.2018.05.010>
- Winstein, C.J., Stein, J., Arena, R., Bates, B., Cherney, L.R., Cramer, S.C., Deruyter, F., Eng, J.J., Fisher, B., Harvey, R.L., Lang, C.E., MacKay-Lyons, M., Ottenbacher, K.J., Pugh, S., Reeves, M.J., Richards, L.G., Stiers, W., & Zorowitz, R.D. (2016). Guidelines for adult stroke rehabilitation and recovery: A guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, 47(6), e98-e169. <http://dx.doi.org/10.1161/STR.0000000000000098>
- Wirth, R., Dziewas, R., Beck, A.M., Clavé, P., Hamdy, S., Heppner, H.J., Langmore, S., Leischker, A., Martino, R., Pluschinski, P., Rösler, A., Shaker, R., Warnecke, T., Sieber, C., & Volkert, D. (2016). Oropharyngeal dysphagia in older persons – from pathophysiology to adequate intervention: A review and summary of an international expert meeting. *Clinical Interventions in Aging*, 11, 189-208.
<http://dx.doi.org/10.2147/CIA.S97481>

- Wirth, R., Smoliner, C., Jäger, M., Warnecke, T., Leischker, A.H., Dziewas, R. & DGEM Steering Committee. (2013). Guideline clinical nutrition in patients with stroke. *Experimental & Translational Stroke Medicine*, 5(1), 14. <http://dx.doi.org/10.1186/2040-7378-5-14>
- World Health Organization. (2013). Enhancing nursing and midwifery capacity to contribute to the prevention, treatment and management of noncommunicable diseases. <https://www.who.int/hrh/resources/observer12.pdf?ua=1>
- World Health Organization. (2014). WHO handbook for guideline development. https://www.who.int/publications/guidelines/handbook_2nd_ed.pdf?ua=1
- World Health Organization. (24 de maio de 2018). *The top 10 causes of death*. <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
- Wright, D.J., Smithard, D.G., & Griffith, R. (2020). Optimising medicines administration for patients with dysphagia in hospital: Medical or nursing responsibility. *Geriatrics*, 50(1), 9. <http://dx.doi.org/10.3390/geriatrics5010009>
- Wu, W.-B., Fan, D.-F., Zheng, C., Que, B.-F., Lian, Q.-Q., Qiu, R., Chen, Y.-G., Pan, L.-Y., & Zhang, Y. (2019). Relieving throat and opening orifice acupuncture therapy for the post-stroke dysphagia. *World Journal of Acupuncture - Moxibustion*, 29(1), 37-41. <http://dx.doi.org/10.1016/j.wjam.2019.04.004>
- Xie, Y., Wang, L., He, J., & Wu, T. (2008). Acupuncture for dysphagia in acute stroke. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*(3), CD006076. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD006076.pub2>
- Younas, A. (2020). Identifying international barriers and facilitators to research utilization. *Nursing*, 50(7), 63-67. <http://dx.doi.org/10.1097/01.NURSE.0000668460.98211.39>
- Yu, Y.-J., Weng, W.-C., Su, F.C., Peng, T.-I., Chien, Y.-Y., Wu, C.-L., Lee, K.-Y., Wei, Y.-C., Lin, S.-W., Zhu, J.-X., & Huang, W.-Y. (2016). Association between pneumonia in acute stroke stage and 3-year mortality in patients with acute first-ever ischemic stroke. *Journal of Clinical Neuroscience*, 33, 124-128. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jocn.2016.02.039>

ANEXOS

**ANEXO I: Autorização dos autores dos instrumentos para a tradução,
adaptação cultural e validação**



GUSS - Request for permission for translation, cultural adaptation and validation for the portuguese population

Trapl Michaela, UK Tulln <Michaela.Trapl@tulln.lknoe.at>

15 de março de 2017 às 06:10

Para: Isabel de Jesus Oliveira <34384@ufp.edu.pt>

Cc: "Michael.Brainin@donau-uni.ac.at" <Michael.Brainin@donau-uni.ac.at>, "yvonne.teuschl@donau-uni.ac.at" <yvonne.teuschl@donau-uni.ac.at>, "Alexandra Dachenhausen (Alexandra.Dachenhausen@donau-uni.ac.at)" <Alexandra.Dachenhausen@donau-uni.ac.at>

Dear Isabel de Jesus Oliveira,

You are welcome to translate and validate the Gugging Swallowing Screen for the portuguese population.

Please keep us informed about your project's progress and contact us whenever you have any questions.

Furthermore, please send us your paper and the validated Portuguese GUSS version at the time you have finished your project.

If you will give us your permission we will then upload your GUSS version on our Guss Blog:
<https://gussgroupinternational.wordpress.com/>

We kindly ask you to use the reference of the published article by M. Trapl et al.

2007 (Stroke.2007;38:2948-52).

We have designed a new layout of the Gugging Swallowing Screen and adpted the diet recommendations related to the IDDSI Framework which standardized food and liquid consistencies internationally. (www.iddsi.org)

If you want you can use our new version of the GUSS (see Attachment)

Kind regards

Michaela Trapl

Michaela Trapl, MSc

Request for permission for translation, cultural adaptation and validation for the portuguese population of the BJH-SDS

Jeff Edmiaston <Jeff.Edmiaston@bjc.org>

7 de março de 2017 às 12:39

Para: Isabel de Jesus Oliveira <34384@ufp.edu.pt>

That is fine. We ask the following: please acknowledge Barnes Jewish Hospital is the developer of the screen and 2-if you change the screen to please remove the Barnes Jewish name. I will forward the training video to you after I work through a few more emails.

Jeff

From: Isabel de Jesus Oliveira [mailto:34384@ufp.edu.pt]

Sent: Monday, March 06, 2017 2:49 PM

To: Jeff Edmiaston <Jeff.Edmiaston@bjc.org>

Subject: Request for permission for translation, cultural adaptation and validation for the portuguese population of the BJH-SDS

Dear Dr. Jeff Edmiaston,

I am a Doctoral student at the Fernando Pessoa University, at Porto, Portugal, at the PhD in Language Development and Disorders, with the research line "Swallowing and Dysphagia", under the orientation of Professor Susana Freitas. <http://international.ufp.pt/academics/phd-language-development-desorders/>

After preliminary search, no validated and published screening tool for dysphagia for stroke patients in Portuguese language (Portugal) was found in indexed journals or/and any scientific database.

Therefore, I intend to translate, cultural adapt and validate, for the Portuguese population, a screening tool for dysphagia for stroke patients, oriented by the ISPOR report principles. The aim is to publish so that the screening tool can be used countrywide, in all health care sets, and so improving care quality.

Therefore, I would like your permission to translate and cultural adapt the Barnes-Jewish Hospital-Stroke Dysphagia Screen for the Portuguese population for further publication.

**ANEXO II: Autorização das comissões de ética e conselhos de administração
onde o estudo foi realizado**

Unidade Local de Saúde da Guarda



Comissão de Ética para a Saúde

Exma. Senhora

Presidente do Conselho de Administração

Unidade Local de Saúde da Guarda

Prof.ª Maria Júlia Amaral

Presidente Médica, Prof. FMT

Dra. Marta Capelo

Vice-Presidente, Psicóloga
Clínica

Sr. Padre António Luciano
Teófilo

Dr. José Lavrador Gama

Médico, Diretor de Serviço

Dra. Maria Carmo Teixeira

Farmacêutica Assessora

Dra. Maria Eugénia Pereira

Médica, Assistente Graduada

Enf.ª Maria Lurdes Vaz

Enfermeira Especialista

Data: 23-11-2017

ASSUNTO: Pedido de realização do estudo intitulado **"A avaliação da disfagia no doente com AVC"**, apresentado por Isabel Jesus Oliveira.

A CES da ULS Guarda—EPE, reunida em 23 de novembro de 2017, analisou o projeto supra citado e nada tem a opor à sua realização, uma vez que o considera bem estruturado, completo e de acordo com os requisitos metodológicos e éticos necessários.

Com os melhores cumprimentos,

Pl. A Comissão de Ética para a Saúde



Exma. Senhora
Enf.ª Isabel de Jesus Oliveira
Unidade de Cuidados na Comunidade
Centro de Saúde de Albergaria-a-Velha
Rua 25 de Abril
3850-004 Albergaria-a-Velha

SUA REFERÊNCIA

SUA COMUNICAÇÃO DE

NOSSA REFERÊNCIA
N.º:
PROC. N.º:

DATA
24.11.2017

ASSUNTO: Pedido de autorização para realização do estudo intitulado "A avaliação disfagia no doente com AVC"

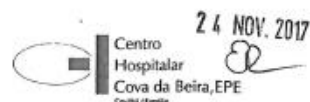
Em referência ao assunto mencionado em epígrafe e conforme solicitado por V. Exa., vimos informar que, de acordo com o parecer da Comissão de Ética para a Saúde, da ULS da Guarda, E.P.E., nada temos a opor à realização do estudo e que o mesmo se encontra autorizado.

Com os melhores cumprimentos,

A Presidente do Conselho de Administração

(Dra. Isabel Coelho)

Centro Hospitalar Cova da Beira



24 NOV. 2017

Assunto: Projecto de Investigação n.º 81/2017 - "Avaliação da disfagia no doente com AVC"	
Para: Exmo. Sr. Presidente do Conselho de Administração	Nº: 83/2017
De: Gabinete de Investigação e Inovação	Data: 24-11-2017

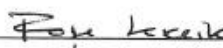
Em relação ao assunto em epígrafe, junto envio o pedido de autorização de Isabel de Jesus Oliveira, investigadora na Universidade Fernando Pessoa e no Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra, para a realização de um estudo subordinado ao tema "Avaliação da disfagia no doente com AVC", a realizar na Unidade de AVC deste Centro Hospitalar.

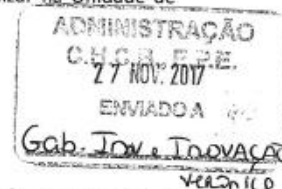
Envio ainda o parecer nº 57/2017, emitido pela Comissão de Ética.

Informo que se encontram reunidos todos os requisitos necessários de acordo com o Regulamento e Procedimentos do Centro de Investigação Clínica.

Com os melhores cumprimentos,

A Coordenadora do Gabinete de Investigação e Inovação,


(Dr.ª Rosa Saraiva)



Despacho:	Parecer:

CHCB.IMP.CHCB.197

Ed.1

Rev.1

Exma. Sra. Enf.ª Isabel Oliveira

Rua da Capela Nova, n.º 9

Gafanha de Aquém

4380-016 Ílhavo

ASSUNTO: Trabalho Académico - Doutoramento - "Avaliação da disfagia do doente com AVC" – N/
REF.ª 2017.177(152-DEFI/144-CES)

O Conselho de Administração do CHP autoriza a realização do estudo acima mencionado, a realizar no Serviço de Neurologia desta Instituição e tendo como Investigador Principal a Enf.ª Isabel Oliveira.

O estudo foi previamente analisado pela Comissão de Ética para a Saúde, pelo Gabinete Coordenador de Investigação, pela Direção do Departamento de Ensino, Formação e Investigação do CHP, pela Direção de Enfermagem e pelo Presidente do Conselho de Administração, tendo obtido parecer favorável.

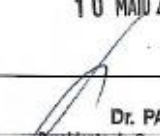
Cumprimentos,

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO 11 MAIO 2018

Dr. PAULO BARBOSA	Dr.ª ELIA GOMES
Presidente	Vogal Executiva
Prof. Doutor JOSÉ BARROS	Dr. RUI PEDROSO
Director Clínico	Vogal Executivo
Enf.ª EDUARDO ALVES	
Enfermeiro Director	

APRECIÇÃO E PARECER PARA A REALIZAÇÃO DE TRABALHO ACADÉMICO -DOUTORAMENTO

Título: "Avaliação da disfagia do doente com AVC"		Ref.º: 2017.177(152-DEFI /144-CES)
		Investigador: Enf.ª Isabel Oliveira Universidade Fernando Pessoa

DIREÇÃO DE ENFERMAGEM: ☒ PARECER FAVORÁVEL ☐ PARECER NÃO FAVORÁVEL Data: 2/5/2018  Enfermeiro Lívia	PRESIDENTE DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO: ☒ PARECER FAVORÁVEL ☐ PARECER NÃO FAVORÁVEL Data: 10 MAIO 2018  Dr. PAULO BARBOSA Presidente do Conselho de Administração do CHP

PARECER FAVORÁVEL

10 MAIO 2018

Dr. SEVERO TORRES
Assessor do Presidente do Conselho de Administração

Em conformidade. Pode ser autorizado

Prof.ª Doutora Luísa Lobato
Diretora do DEFI

Luísa Lobato
Diretora do DEFI

19/04/2018

APRECIÇÃO E VOTAÇÃO DO PARECER

Deliberação	Data: 13.12.2014	Órgão: Reunião Plenária
Título: "Avaliação da disfagia do doente com AVC"		Ref.: 2017.177(152-DEFI /144-CES)
Protocolo/Versão: TA-DT	Promotor: o(a) próprio(a)	Investigador: Enf.ª Isabel Oliveira UFernando Pessoa

A Comissão de Ética para a Saúde – CES do CHP, ao abrigo do disposto no Decreto-Lei n.º 97/95, de 10 de Maio, em reunião realizada nesta data, apreciou a fundamentação do relator sobre o pedido de parecer para a realização do **Trabalho Académico - Doutoramento** acima referenciado:

Ouvido o Relator, o processo foi votado pelos Membros da CES presentes:

Presidente: Dr.ª Luisa Bernardo
Vice-Presidente: Dr.ª Paulina Aguiar

Dr.ª Fernanda Manuela, Enf.ª Paula Duarte, Prof.ª Doutora Carla Teixeira, Prof.ª Doutora Maria Manuel Araújo Jorge, Dr. Gonçalo Senhorães Senra.

Resultado da votação:

PARECER FAVORÁVEL

A deliberação foi aprovada por unanimidade.

Pelo que se submete à consideração superior.

Data 13.12.2014

A Presidente da CES

Dr.ª Luisa Bernardo

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



UNIDADE DE INOVAÇÃO E DESENVOLVIMENTO

Exm.ª Senhora
Enf.ª Isabel de Jesus Oliveira
Rua da Capela Nova
Gafanha de Aquém
3830-016 Ílhavo

SUA REFERÊNCIA	SUA COMUNICAÇÃO DE	NOSSA REFERÊNCIA	DATA
		CHUC-005-18	28/05/2018

ASSUNTO: Aprovação do Projeto de Investigação CHUC-005-18

Junto envio a V. Ex.ª, o parecer da Comissão de Ética e a autorização do Conselho de Administração do CHUC em relação ao Projecto de Investigação:

CHUC-005-18 - A AVALIAÇÃO DA DISFAGIA NO DOENTE COM AVC

Com os melhores cumprimentos,

PI' Unidade de Inovação e Desenvolvimento

(M.ª do Rosário Conceição)

Assistente Técnico

CHUC em Conselho de Administração

autorizada 17/05/2018

CA

14/5/18

Manoel Pinto

Presidente do Conselho de Administração

CHUC - EPE

Ass

SUA REFERÊNCIA

Exmo Senhor
Prof. Doutor Fernando Regateiro
Presidente do Conselho de
Administração
Centro Hospitalar e Universitário de
Coimbra, EPE

SUA COMUNICAÇÃO DE

NOSSA REFERÊNCIA
CHUC-005-18

DATA
17-04-2018

ASSUNTO: Aprovação do Projeto de Investigação CHUC-005-18

A pedido de **Enf.ª Isabel de Jesus Oliveira**, recebeu esta Unidade um pedido de autorização de um Projeto de Investigação sobre **"A AVALIAÇÃO DA DISFAGIA NO DOENTE COM AVC"**, ao qual não se aplicam as normas previstas na Lei n.º 21/2014 de 16 de Abril e colheu parecer **favorável** da Comissão de Ética deste Hospital.

Informa-se V. Ex.ª que este projecto não acarreta qualquer encargo financeiro adicional para o CHUC.

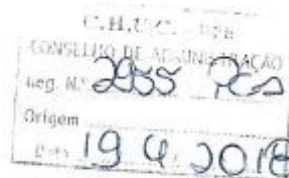
Solicita-se assim a autorização do Conselho de Administração para este Projecto.

Com os mais respeitosos cumprimentos,

Pl'A Coordenadora da Unidade de Inovação e Desenvolvimento

José da Cunha

(Prof. Doutor José Saraiva da Cunha)



Comissão de Ética para a Saúde

Viso/ÀUID.
para efeitos

 **Dr. Francisco Parente**
Diretor Clínico
C.H.U.C. - E.P.E.

Exmo. Senhor
Dr. Francisco Parente
Dignº Diretor Clínico do CHUC

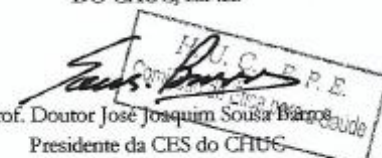
SUA REFERÊNCIA	SUA COMUNICAÇÃO DE	NOSSA REFERÊNCIA	DATA
		N.º 0105/CES	09-04-2018
		Proc. N.º CHUC-005-18	

ASSUNTO: *Estudo Observacional "A avaliação da disfagia no doente com AVC" – Isabel de Jesus Oliveira, Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação da Unidade de Cuidados na Comunidade de Albergaria-a-Velha (estudo a ser realizado no Serviço de Neurologia do CHUC).*
(Entrada do processo na CES a 16.01.2018)

Cumprir informar Vossa Ex.ª que a Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, reunida em 06 de Abril de 2018, com a presença da maioria dos seus membros, após análise do projeto mencionado em epígrafe e ouvido o relator, emitiu parecer favorável à sua realização. Parecer aprovado por unanimidade.

Mais se informa que a CES do CHUC deve ser semestralmente atualizada em relação ao desenvolvimento dos estudos favoravelmente analisados e informada da data da conclusão dos mesmos, que deverá ser acompanhada de relatório final.

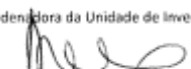
A COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE
DO CHUC, E.P.E.


Prof. Doutor José Joaquim Sousa Barros
Presidente da CES do CHUC

LP/CBS

A CES do CHUC Prof. Doutor José Joaquim Sousa Barros; Prof.ª Doutora Mada Helena Pinto Soares Martins; Dr. Mário Rui Almeida Barreto; Prof.ª Adília Tereza Mendes; Prof. Doutor Carlos Alberto Pereira Ribeiro; Prof.ª José António Pais; Dr. José António Pais; Dr. José Álvaro Carlos Gonçalves; Prof.ª Teresa Maria; Dr. José António Pinheiro; Dra. Cláudia Santos; Dr. Paulo Figueiredo.

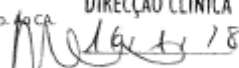
Centro Hospitalar São João

Unidade de Investigação
Tomei conhecimento. Nada a opor.
15 de Janeiro de 2018
A Coordenadora da Unidade de Investigação

(Prof.ª Doutora Ana Azevedo)



n.º 272/17

SÃO JOÃO
000930
Administração

DIRECÇÃO CLÍNICA
Aprovado: 
(Prof.ª Doutora Ana Azevedo)

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO Realização de Investigação

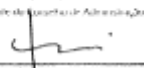
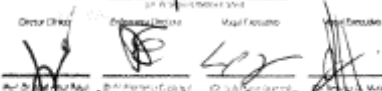
Exmo. Senhor Presidente do Conselho de Administração
do Centro Hospitalar de São João

Nome do Investigador Principal:

Isabel de Jesus Oliveira

Título da Investigação:

Avaliação da disfagia no doente com Acidente Vascular Cerebral

AUTORIZADO
COMISSÃO DE ADMINISTRAÇÃO (C.A.)
Presidente do Conselho de Administração

18 JAN 2018
Direcção Clínica
Direcção Geral
Médico Assistente
Médico Titular


Ab. S. Epilepsia 17/1
2/11/2017
António
Oliveira e Silva
Presidente do Conselho
de Administração

Pretendendo realizar no(s) Serviço(s) de:

Unidade de AVC

a investigação em epígrafe, solicito a V. Exa., na qualidade de Investigador/Promotor, autorização para a sua efetivação.

Para o efeito, anexo toda a documentação referida no dossier da Comissão de Ética do Centro Hospitalar de São João/Faculdade de Medicina da Universidade do Porto respeitante à investigação, à qual enderecei pedido de apreciação e parecer.

Com os melhores cumprimentos.

O Investigador/Promotor

Porto, 31 de outubro de 2017.


assinatura

Parecer da Comissão de Ética para a Saúde do
Centro Hospitalar de São João / Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Titulo do Projecto: Avaliação da disfagia no doente com acidente vascular cerebral

Nome da Investigadora Principal: Enf.ª Isabel de Jesus Oliveira

Onde decorre o Estudo: Na Unidade de AVC do CHSJ. Apresentou declaração do Dr. Jorge Almeida e da Enf.ª Virgínia Pereira. A Enf.ª Maria Madalena Miranda será o profissional de ligação.

Objectivos do Estudo:

Disponibilizar instrumentos adequados à população portuguesa para a avaliação inicial da disfagia nos doentes com AVC na fase aguda, para posterior referência a técnico especializado.

Validar para a população portuguesa dois instrumentos não invasivos para avaliação da disfagia em doentes após AVC.

Estudo desenvolvido no âmbito do programa doutoral em Desenvolvimento e Perturbações da Linguagem da UFP, orientado pela Prof.ª Doutora Susana Vaz Freitas, e co-orientação do Prof. Doutor Pedro Lopes Ferreira.

Concepção e Pertinência do estudo:

Centros de excelência a nível internacional, nas suas diretrizes clínicas para o diagnóstico e tratamento do doente com AVC, no respeitante à disfagia, identificam e recomendam a utilização de instrumentos para a triagem da disfagia, na admissão, antes da ingestão de qualquer líquido, alimentação e medicação.

Em Portugal a DGS determina que todos os doentes com AVC, sejam submetidos a avaliação clínica e funcional o mais precocemente possível.

Crítérios de inclusão doentes admitidos na Unidade de AVC do Hospital de S. João, com o diagnóstico de primeiro AVC (isquémico ou hemorrágico) confirmado imagiologicamente e sem história de dificuldade de deglutição.

A amostra será constituída por todos os doentes consecutivamente admitidos na Unidade de AVC do Hospital de S. João, no período de janeiro de 2018 a dezembro de 2018, que cumpram os critérios de inclusão, e que tenham consentido a aplicação dos instrumentos de rastreio da disfagia (ou que se tenha obtido o CI junto do familiar responsável sempre que o doente não tenha condições de o fornecer (100 doentes).

Assim, da consensualização da revisão clínica por peritos resultou a versão final dos instrumentos cuja validação se propõe neste estudo e em anexo.

Para o efeito será desenvolvido um estudo multicêntrico em Portugal, para a validação das versões em português dos dois instrumentos de medida Gugging Swallowing Screen-(GUSS) e BAMES-Jewish Hospital Dysphagia Screen de rastreio da disfagia em doentes com AVC. Estão claramente definidos todos os procedimentos e anexa autorização da CNPD.

Benefício/risco:

No final do estudo ficarão disponíveis, para utilização pelos profissionais de saúde, dois instrumentos de avaliação não invasiva da disfagia em doentes com AVC, para a população portuguesa.

Confidencialidade dos dados:

Os dados recolhidos pelo co-investigador do serviço serão anonimizados e codificados não identificando, não permitindo a identificação dos seus titulares.

Respeito pela liberdade e autonomia do sujeito de ensaio: salvaguardado pelo Modelo de CILE da CES e recolhido o consentimento do participante ou seu representante legal. Dispõe de adequada informação ao participante.

Curriculum da investigadora: Adequado à investigação.

Data previsível da conclusão do estudo: Novembro de 2021

Conclusão: Proponho um parecer favorável à realização deste projecto de investigação.

Porto, 27 de novembro de 2017

O Relatora da CES,



Teresa Guerreiro

LISTA DE DOCUMENTOS ANEXOS

- ☒ Pedido de autorização ao Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar de São João (se aplicável)
- ☐ Pedido de autorização à Diretora da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (se aplicável)
- ☒ Protocolo do estudo
- ☒ Declaração do Diretor de Serviço onde decorre o estudo
(sendo um estudo na área de enfermagem deve anexar também a concordância da chefia de enfermagem)
- ☒ Profissional de ligação
- ☒ Informação dos orientadores
- ☒ Informação ao participante
- ☒ Modelo de consentimento
- ☒ Instrumentos a utilizar (inquéritos, questionários, escalas, p.ex.) Gugging Swallowing Screen e Barnes Jewish Hospital Dysphagia Sc
- ☒ Curriculum Vitae abreviado (máx. 3 páginas)
- ☐ Protocolo financeiro
- ☐ Outros:

COMPROMISSO DE HONRA E DECLARAÇÃO DE INTERESSES

Declaro por minha honra que as informações prestadas neste questionário são verdadeiras. Mais declaro que, durante o estudo, serão respeitadas as recomendações constantes da Declaração de Helsínquia (1960 e respetivas emendas), e da Organização Mundial da Saúde, Convenção de Oviedo e das "Boas Práticas Clínicas" (GCP/ICH) no que se refere à experimentação que envolve seres humanos. Aceito, também, a recomendação da CES de que o recrutamento para este estudo se fará junto de doentes que não tenham participado em outro estudo, nos últimos três meses. Comprometo-me a entregar à CES o relatório final da investigação, assim que concluído.

Porto, 31 de outubro de 2017

Nome legível: Isabel de Jesus Oliveira


assinatura

Parecer da Comissão de Ética do Centro Hospitalar de São João/ FMUP

Emitido na reunião plenária da CE de 27 / 11 / 17

A Comissão de Ética para a Saúde
APROVA por unanimidade o parecer do
Relator, pelo que nada tem a opor à
realização desse projecto de investigação.



ANEXO III: Instrumento de caracterização sociodemográfica e clínica dos participantes do estudo de validação dos instrumentos de rastreio

Dados sociodemográficos e clínicos

Idade: _____ anos		Género Feminino ☐ Masculino ☐
Trombólise ☐		Trombectomia ☐
AVC	Hemorrágico ☐	Intracerebral ☐ _____ Esq. ☐ Dir. ☐ Subaracnoídea ☐ _____ Esq. ☐ Dir. ☐ Isquémico c/ conversão hemorrágica ☐ _____ Esq. ☐ Dir. ☐ Outro ☐ _____ Esq. ☐ Dir. ☐
	Isquémico ☐	Território vascular _____ Esq. ☐ Dir. ☐
	Indeterminado ☐	
Tempo decorrido desde o AVC até à aplicação do instrumento		< 12 horas ☐ ≥ 12 e < 24 horas ☐ ≥ 24 e ≤ 48 horas ☐
Antecedentes:	HTA ☐ Tabagismo ☐ Diabetes ☐ Patologia Cardíaca ☐ AIT ☐	Dislipidémia ☐ Alcoolismo ☐ Obesidade ☐ Fibrilhação auricular ☐ outros _____
Escala de Glasgow		Pontuação:
Avaliação instrumental (videofluoroscopia ou videoendoscopia da deglutição)		Resultado disfagia: sim ☐ não ☐ Nº de dias entre o AVC e a realização do exame _____
NIHSS		Pontuação:
Na sua opinião, a probabilidade do doente ter disfagia é: Nenhuma ☐ Ligeira ☐ Média ☐ Elevada ☐ Certa ☐		
Data: ____/____/2018 Hora: ____h ____min (apenas para instrumentos aplicados duas vezes)		

**ANEXO IV: Instrumento de caracterização sociodemográfica dos enfermeiros
que realizaram a recolha de dados do estudo de validação dos instrumentos
de rastreio**

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS DOS ENFERMEIROS QUE FIZERAM RECOLHA DE DADOS

Idade: _____ anos Género: Feminino ☐ Masculino ☐

Tempo total de exercício na profissão de enfermagem: _____ anos completos

Tempo total no serviço atual: _____ anos completos

Detém o título profissional de Enfermeiro Especialista?		Enfermagem Comunitária ☐
		Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica ☐
	SIM ☐ Se	Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica ☐
	sim, qual?	Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica ☐
		Enfermagem Médico-Cirúrgica ☐
		Enfermagem de Reabilitação ☐
	NÃO ☐	

Muito obrigada pela sua participação!

**ANEXO V: Modelo de consentimento informado dos participantes do estudo
de validação dos instrumentos de rastreio**

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

AVALIAÇÃO DA DISFAGIA NO DOENTE COM AVC

Eu, abaixo-assinado/a _____ (NOME COMPLETO DA PESSOA PARTICIPANTE DO ESTUDO)

ou Eu, abaixo-assinado/a _____ (nome completo do representante legal da pessoa Participante do estudo), na qualidade de representante legal de _____ (NOME COMPLETO DA PESSOA PARTICIPANTE DO ESTUDO) [conforme o caso]:

Fui informado de que o Estudo de Investigação acima mencionado se destina a avaliar a capacidade para engolir. Sei que neste estudo está prevista a realização de um teste à minha capacidade de engolir tendo-me sido explicado em que consiste.

Foi-me garantido que todos os dados relativos à identificação dos Participantes neste estudo são confidenciais e que será mantido o anonimato.

Sei que posso recusar-me a participar ou interromper a qualquer momento a participação no estudo, sem nenhum tipo de penalização por este facto/Sei que posso recusar-me a autorizar a participação ou interromper a qualquer momento a participação no estudo, sem nenhum tipo de penalização por este facto. [conforme o caso]

Compreendi a informação que me foi dada, tive oportunidade de fazer perguntas e as minhas dúvidas foram esclarecidas.

Aceito participar de livre vontade no estudo acima mencionado/Autorizo de livre vontade a participação daquele/a que legalmente represento no estudo acima mencionado. [conforme o caso]

Também autorizo a divulgação dos resultados obtidos no meio científico, garantindo o anonimato.

Nome do/a Participante no estudo [ou do seu representante legal, se for o caso].

Data	Assinatura
___/___/___	_____

Nome do Investigador Responsável

Data	Assinatura
___/___/___	_____

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Isabel de Jesus Oliveira, enfermeira, aluna do doutoramento em Desenvolvimento e Perturbações da Linguagem da Universidade Fernando Pessoa e na qualidade de investigadora responsável, a realizar um trabalho de investigação subordinado ao tema *“A avaliação da disfagia no doente com Acidente Vascular Cerebral”*, vem solicitar a sua colaboração neste estudo. Informo que a sua participação é voluntária, podendo desistir a qualquer momento sem que por isso venha a ser prejudicado nos cuidados de saúde prestados; informo ainda que a sua privacidade será respeitada, todos os dados recolhidos serão confidenciais e não serão fornecidas quaisquer compensações. O objetivo deste estudo é o de validar para a população portuguesa dois instrumentos não invasivos para avaliação da disfagia (dificuldade em engolir) em doente com AVC. Os procedimentos necessários para a aplicação destes instrumentos comportam uma avaliação indireta da deglutição (capacidade para engolir) - estado de consciência, capacidade para engolir a saliva, pigarro, capacidade para tosse voluntária, simetria da face, língua e palato - seguido de um teste direto de deglutição (um deles com 90 ml de água e o outro com diferentes consistências, começando com néctar e progredindo para outras consistências no caso da primeira ser bem sucedida) por um enfermeiro do serviço e co-investigador neste estudo. Esta recolha de dados é realizada em momento único e demorará cerca de 30 minutos. Acompanhará os instrumentos de avaliação da disfagia um questionário para recolha de dados sociodemográficos e clínicos relativos à idade, género, tipo de AVC, antecedentes clínicos e resultado da avaliação da Escala de Barthel (avaliação da dependência no Autocuidado) e Escala de Coma de Glasgow (estado de consciência) e avaliação da Escala NIHSS (severidade do AVC). Na eventualidade de posteriormente vir a ser solicitada pelo médico assistente avaliação adicional (instrumental por videofluoroscopia ou fibroendoscopia de avaliação da deglutição) da disfagia, o resultado da mesma será associado ao resultado da aplicação dos instrumentos. Não existem riscos acrescidos inerentes à aplicação destes instrumentos uma vez que em algum momento, durante o seu internamento, a sua capacidade para engolir irá ser testada para verificar se é seguro iniciar alimentação oral, seja ou não através destes instrumentos. O potencial benefício é o decorrente da identificação precoce da disfagia que será expectável atendendo à elevada especificidade dos instrumentos. Em caso de qualquer dúvida, a investigadora principal poderá ser contactada através do número: 962 335 561

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, abaixo-assinado/a _____ (NOME COMPLETO DA PESSOA PARTICIPANTE DO ESTUDO)

ou Eu, abaixo-assinado/a _____ (nome completo do/a representante legal da pessoa Participante do estudo), na qualidade de representante legal de _____ (NOME COMPLETO DA

PESSOA PARTICIPANTE DO ESTUDO) [conforme o caso]:

Fui informado/a de que o Estudo de Investigação acima mencionado se destina a **avaliar a capacidade para engolir**. Sei que neste estudo está prevista a realização de um teste à minha capacidade de engolir, tendo-me sido explicado em que consiste.

Foi-me garantido que todos os dados relativos à identificação dos Participantes neste estudo são confidenciais e que será mantido o anonimato.

Sei que posso recusar-me a participar ou interromper a qualquer momento a participação no estudo, sem nenhum tipo de penalização por este facto/Sei que posso recusar-me a autorizar a participação ou interromper a qualquer momento a participação no estudo, sem nenhum tipo de penalização por este facto. [conforme o caso]

Compreendi a informação que me foi dada, tive oportunidade de fazer perguntas e as minhas dúvidas foram esclarecidas.

Aceito participar de livre vontade no estudo acima mencionado/Autorizo de livre vontade a participação daquele que legalmente represento no estudo acima mencionado. [conforme o caso]

Também autorizo a divulgação dos resultados obtidos no meio científico, garantindo o anonimato.

Ao assinar esta página estou a confirmar o seguinte:

- * Li e compreendi todas as informações e tive tempo para as ponderar;
- * Todas as suas questões foram respondidas satisfatoriamente;
- * As palavras que não percebi solicitei ao investigador uma explicação, tendo este esclarecido todas as dúvidas;
- * Recebi uma cópia desta informação, para a manter comigo¹.

Nome do Participante no estudo [ou do seu representante legal, se for o caso].

Data	Assinatura
____/____/____	_____

Nome do Investigador Responsável

Data	Assinatura
____/____/____	_____

¹ A página 1 destina-se ao participante.



CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE

PARA INVESTIGAÇÃO CLÍNICA

Considerando a "Declaração de Helsíngui" da Associação Médica Mundial (Helsíngui 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996; Edimburgo 2000; Seorui 2008; Fortaleza 2013)

Designação do Estudo (em português)

Avaliação da disfagia no doente com Acidente Vascular Cerebral

Confirmando que expliquei ao participante/representante legal, de forma adequada e compreensível, a investigação referida, os benefícios, os riscos e possíveis complicações associadas à sua realização.

Informação escrita em anexo: ☐ Não ☒ Sim (Nº de páginas 1)

O Investigador responsável

Nome: Isabel de Jesus Oliveira

legítima

assinatura

Identificação do participante

Nome: _____

BI/CC nº: _____

Participante / Representante legal

- Compreendi a explicação que me foi facultada acerca do estudo que se tenciona realizar: os objetivos, os métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto.
- Solicitei todas as informações de que necessitei, sabendo que o esclarecimento é fundamental para uma boa decisão.
- Fui informado da possibilidade de livremente recusar ou abandonar a todo o tempo a participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo na assistência que é prestada.
- Declaro não ter sido incluído em nenhum outro projeto de investigação nos últimos três meses.

Concordo com a participação neste estudo, de acordo com os esclarecimentos que me foram prestados, como consta neste documento, do qual me foi entregue uma cópia.

Data: ____/____/____

assinatura

Nome (Pais/Representante legal): _____

BI/CC nº: _____

Grau de parentesco: _____

Data: ____/____/____

assinatura

Isabel de Jesus Oliveira, enfermeira, estudante do doutoramento em Desenvolvimento e Perturbações da Linguagem da Universidade Fernando Pessoa, investigadora do Centro de Estudos e Investigação em Saúde da universidade de Coimbra e na qualidade de investigadora responsável, a realizar um trabalho de investigação subordinado ao tema "*A avaliação da disfagia no doente com Acidente Vascular Cerebral*", vem solicitar a sua colaboração neste estudo. Informo que a sua participação é voluntária, podendo desistir a qualquer momento sem que por isso venha a ser prejudicado nos cuidados de saúde prestados pelo CHCB, EPE; informo ainda que a sua privacidade será respeitada, todos os dados recolhidos serão confidenciais e não serão fornecidas quaisquer compensações.

Objetivo do trabalho de investigação: Validar para a população portuguesa dois instrumentos não invasivos para avaliação da disfagia em doente com AVC.

Critérios de inclusão: Doentes admitidos na Unidade de AVC do Centro Hospitalar Cova da Beira, com diagnóstico de primeiro AVC (isquémico ou hemorrágico) confirmado imagiologicamente e sem história de dificuldade de deglutição, que consentam à participação no estudo.

Critérios de exclusão: Todos os doentes que não cumpram os critérios de inclusão.

Procedimentos necessários¹: Após obtenção do consentimento informado (doente ou seu representante legal), será realizada a aplicação dos dois instrumentos de avaliação da disfagia nos doentes internados na Unidade de AVC que cumpram os critérios de inclusão. A aplicação destes instrumentos comportam uma avaliação indireta da deglutição (estado de consciência, capacidade para engolir a saliva, pigarro, capacidade para tosse voluntária, simetria da face, língua e palato), seguido de um teste direto de deglutição (um deles com 90 ml de água e o outro com diferentes consistências, começando com néctar e progredindo para outras consistências no caso da primeira ser bem sucedida) por um enfermeiro do serviço e co-investigador neste estudo. Esta recolha de dados é realizada em momento único e demorará cerca de 30 minutos. Acompanhará

¹ Deverá referir: nome do orientador; metodologia; tipo de dados que irá colher; local onde o investigador se vai encontrar com o participante, quantas vezes e durante quanto tempo; garantia de destruição de gravações – áudio ou vídeo – num determinado período de tempo e caso seja necessário a assinatura de um novo consentimento livre informado ao longo do estudo, em que circunstâncias será obtido.

os instrumentos de avaliação da disfagia um questionário para recolha de dados sociodemográficos relativos à idade, género, tipo de AVC, antecedentes clínicos e resultado da avaliação da Escala de Barthel (avaliação da dependência no Autocuidado), Escala de Coma de Glasgow (estado de consciência) e Escala NIHSS (severidade do AVC). Na eventualidade de posteriormente vir a solicitada pelo médico assistente avaliação adicional (instrumental por videofluoroscopia ou fibroendoscopia de avaliação da deglutição) da disfagia, o resultado da mesma será associado ao resultado da aplicação dos instrumentos.

Risco / Benefício da sua participação: Não existe risco acrescido à participação neste estudo. O potencial benefício é o decorrente da identificação precoce da disfagia que será expectável atendendo à elevada especificidade dos instrumentos.

Duração da participação no estudo: participação em momento único (30 minutos)

Nº aproximado de participantes: 100

Contacto para esclarecimento de dúvidas: 962 335 561

Consentimento Informado – Investigador

Ao assinar esta página está a confirmar o seguinte:

- * Entregou esta informação;
- * Explicou o propósito deste trabalho;
- * Explicou e respondeu a todas as questões e dúvidas apresentadas pelo participante ou representante legal.

Isabel de Jesus Oliveira

Nome do Aluno / Investigador (Legível)

Assinatura do Aluno / Investigador

____/____/____
Data



Consentimento Informado – Participante

Ao assinar esta página está a confirmar o seguinte:

- * O Sr. (a) leu e compreendeu todas as informações desta informação, e teve tempo para as ponderar;
- * Todas as suas questões foram respondidas satisfatoriamente;
- * Se não percebeu qualquer das palavras, solicitou ao investigador uma explicação, tendo este esclarecido todas as dúvidas;
- * O Sr. (a) recebeu uma cópia desta informação, para a manter consigo.

Nome do Participante (Legível)

Representante Legal

(Assinatura do Participante ou Representante Legal)

____ / ____ / ____
Data

ANEXO VI: Autorização da Comissão Nacional de Proteção de Dados



Autorização n.º 12443/ 2017

CEISUC - Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra , NIPC 504807285, notificou à Comissão Nacional de Protecção de Dados (CNPd) um tratamento de dados pessoais com a finalidade de realizar um Estudo Clínico sem Intervenção, denominado Validação dos instrumentos de medida GUSS (Gugging Swallowing Screen) e Barnes-Jewish Hospital Dysphagia Screen de rastreio da disfagia em doentes com Acidente Vascular Cerebral .

A investigação é multicêntrica, decorrendo, em Portugal, nos centros de investigação identificados na notificação.

O participante é identificado por um código especificamente criado para este estudo, constituído de modo a não permitir a imediata identificação do titular dos dados; designadamente, não são utilizados códigos que coincidam com os números de identificação, iniciais do nome, data de nascimento, número de telefone, ou resultem de uma composição simples desse tipo de dados. A chave da codificação só é conhecida do(s) investigador(es).

É recolhido o consentimento expresso do participante ou do seu representante legal.

A informação é recolhida diretamente do titular.

As eventuais transmissões de informação são efetuadas por referência ao código do participante, sendo, nessa medida, anónimas para o destinatário.

A CNPD já se pronunciou na Deliberação n.º 1704/2015 sobre o enquadramento legal, os fundamentos de legitimidade, os princípios aplicáveis para o correto cumprimento da Lei n.º 67/98, de 26 de outubro, alterada pela Lei n.º 103/2015, de 24 de agosto, doravante LPD, bem como sobre as condições e limites aplicáveis ao tratamento de dados efetuados para a finalidade de investigação clínica.

No caso em apreço, o tratamento objeto da notificação enquadra-se no âmbito daquela deliberação e o responsável declara expressamente que cumpre os limites e condições aplicáveis por força da LPD e da Lei n.º 21/2014, de 16 de abril, alterada pela Lei n.º 73/2015, de 27 de junho – Lei da Investigação Clínica –, explicitados na Deliberação n.º 1704/2015.



O fundamento de legitimidade é o consentimento do titular.

A informação tratada é recolhida de forma lícita, para finalidade determinada, explícita e legítima e não é excessiva – cf. alíneas a), b) e c) do n.º 1 do artigo 5.º da LPD.

Assim, nos termos das disposições conjugadas do n.º 2 do artigo 7.º, da alínea a) do n.º 1 do artigo 28.º e do artigo 30.º da LPD, bem como do n.º 3 do artigo 1.º e do n.º 9 do artigo 16.º ambos da Lei de Investigação Clínica, com as condições e limites explicitados na Deliberação da CNPD n.º 1704/2015, que aqui se dão por reproduzidos, autoriza-se o presente tratamento de dados pessoais nos seguintes termos:

Responsável – CEISUC - Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra

Finalidade – Estudo Clínico sem Intervenção, denominado Validação dos instrumentos de medida GUSS (Gugging Swallowing Screen) e Barnes-Jewish Hospital Dysphagia Screen de rastreio da disfagia em doentes com Acidente Vascular Cerebral

Categoria de dados pessoais tratados – Código do participante; idade/data de nascimento; género; dados da história clínica; dados dados de exame físico; dados de meios complementares de diagnóstico

Exercício do direito de acesso – Através dos investigadores, presencialmente/ por escrito

Comunicações, interconexões e fluxos transfronteiriços de dados pessoais identificáveis no destinatário – Não existem

Prazo máximo de conservação dos dados – A chave que produziu o código que permite a identificação indireta do titular dos dados deve ser eliminada 5 anos após o fim do estudo.

Da LPD e da Lei de Investigação Clínica, nos termos e condições fixados na presente Autorização e desenvolvidos na Deliberação da CNPD n.º 1704/2015, resultam



obrigações que o responsável tem de cumprir. Destas deve dar conhecimento a todos os que intervenham no tratamento de dados pessoais.

Lisboa, 03-11-2017

A Presidente

Filipa Calvão

ANEXO VII: Modelo do Relatório Clínico de Revisão

Nome do revisor/a	
Especialidade	
Endereço de contacto	
Data	

Pedimos-lhe que preste particular atenção aos termos técnicos e que possam estar incluídos neste instrumento. Em especial, pense sempre na forma como descreveria ou discutiria tal terminologia.

Se se sente satisfeito/a com a forma como uma parte do instrumento está traduzida, por favor indique-o na secção "Comentário do/a revisor/a", bastando para isso assinalá-la com um "✓". Se, por outro lado, considera que tem melhorias a acrescentar à tradução apresentada, por favor coloque a sua proposta na secção "Sugestão de alteração". Neste caso, por favor explique na secção "Comentário do/a revisor/a" porque considera que tal alteração irá melhorar o instrumento, por exemplo, porque ...

- faz com que a tradução fique mais precisa
- torna a tradução mais clara e/ou mais fácil de compreensão
- fica escrito numa linguagem mais ajustada à utilizada nos contextos clínicos
- fica mais correto gramaticalmente
- melhora o estilo e a leitura

Prevendo que possa considerar que há mais do que uma forma de traduzir e que possa ter dúvidas sobre qual é a melhor, incluímos a secção "Alternativa possível" para, após a análise de alternativas apresentadas por outros peritos, podermos tomar uma decisão.

A opinião que nos transmitir e a perspectiva que tem sobre a melhor maneira de escrever uma pergunta/instrução que irá posteriormente ser respondida pelos profissionais de saúde é-nos extremamente importante. Qualquer tradução é subjetiva e, assim, os comentários que nos fornecer serão analisados pelos investigadores e comunicados aos autores do questionário original.

Por favor, na caixa abaixo, escreva os comentários gerais sobre a tradução que lhe foi apresentada:

Item	Título
Original em inglês	Stroke Dysphagia Screen
Tradução proposta	Escala De Avaliação Da Disfagia Em Doentes Com Avc
Sugestão de alteração	
Comentário do/a revisor/a	
Alternativa possível	

Item	Instrução 1
Original em inglês	To be completed on all patients upon admission with diagnosis of stroke.
Tradução proposta	Deve realizar este teste a todos os doentes que derem entrada no serviço/na unidade, com diagnóstico de AVC.
Sugestão de alteração	
Comentário do/a revisor/a	
Alternativa possível	

Item	Instrução 2
Original em inglês	If any of the following questions are answered with yes, stop and refer to speech pathology.
Tradução proposta	Se alguma das perguntas que se seguem tiver a resposta "Sim", pare o teste e encaminhe o doente para terapia da fala.
Sugestão de alteração	
Comentário do/a revisor/a	
Alternativa possível	

Item	Pergunta 1
Original em inglês	Is the Glasgow Coma Scale LESS than 13?
Tradução proposta	A Escala de Coma de Glasgow é INFERIOR A 13?
Sugestão de alteração	
Comentário do/a revisor/a	
Alternativa possível	

Item	Pergunta 2
Original em inglês	Is there Facial Asymmetry/Weakness?
Tradução proposta	O doente apresenta assimetria/fraqueza facial?
Sugestão de alteração	
Comentário do/a revisor/a	
Alternativa possível	

Item	Pergunta 3
Original em inglês	Is there Tongue Asymmetry/Weakness?
Tradução proposta	Apresenta assimetria/fraqueza da língua?
Sugestão de alteração	
Comentário do/a revisor/a	
Alternativa possível	

Item	Pergunta 4
Original em inglês	Is there Palatal Asymmetry/Weakness?
Tradução proposta	Apresenta assimetria/fraqueza do palato?
Sugestão de alteração	
Comentário do/a revisor/a	
Alternativa possível	

Item	Pergunta 5
Original em inglês	Are there signs of aspiration during the 3 oz water test?
Tradução proposta	Observam-se sinais de aspiração no teste dos 90 ml de água?
Sugestão de alteração	
Comentário do/a revisor/a	
Alternativa possível	

Item	Instrução 3
Original em inglês	If all findings for the first 4 questions are NO , proceed to the 3 oz water test.
Tradução proposta	Se todos os resultados para as primeiras quatro perguntas forem NÃO , prossiga com o teste dos 90 ml de água.
Sugestão de alteração	
Comentário do/a revisor/a	
Alternativa possível	

Item	Instrução 4
Original em inglês	Administer 3 oz of water for sequential drinks, note any throat clearing, cough or change in vocal quality immediately after and 1 minute following the swallow. If clearing, coughing or change of vocal quality is noted, refer to speech therapy.
Tradução proposta	Administre 90 ml de água em goles sequenciais, observe se se regista algum pigarreio, tosse ou alterações na voz imediatamente após e no minuto seguinte à deglutição. Se observar pigarreio, tosse ou alterações na voz, encaminhe o doente para terapia da fala.
Sugestão de alteração	
Comentário do/a revisor/a	
Alternativa possível	

Item	Instrução 5
Original em inglês	If all of the answers to the above questions are NO , then start the patient on a regular diet.
Tradução proposta	Se todas as respostas às perguntas acima enunciadas forem NÃO , então o doente pode iniciar uma dieta normal.
Sugestão de alteração	
Comentário do/a revisor/a	
Alternativa possível	

Nome do revisor/a	
Especialidade	
Endereço de contacto	
Data	

Pedimos-lhe que preste particular atenção aos termos técnicos e que possam estar incluídos neste instrumento. Em especial, pense sempre na forma como descreveria ou discutiria tal terminologia.

Se se sente satisfeito/a com a forma como uma parte do instrumento está traduzida, por favor indique-o na secção "Comentário do/a revisor/a", bastando para isso assinalá-la com um "✓". Se, por outro lado, considera que tem melhorias a acrescentar à tradução apresentada, por favor coloque a sua proposta na secção "Sugestão de alteração". Neste caso, por favor explique na secção "Comentário do/a revisor/a" porque considera que tal alteração irá melhorar o instrumento, por exemplo, porque ...

- faz com que a tradução fique mais precisa
- torna a tradução mais clara e/ou mais fácil de compreensão
- fica escrito numa linguagem mais ajustada à utilizada nos contextos clínicos
- fica mais correto gramaticalmente
- melhora o estilo e a leitura

Prevendo que possa considerar que há mais do que uma forma de traduzir e que possa ter dúvidas sobre qual é a melhor, incluímos a secção "Alternativa possível" para, após a análise de alternativas apresentadas por outros peritos, podermos tomar uma decisão.

A opinião que nos transmitir e a perspectiva que tem sobre a melhor maneira de escrever uma pergunta/instrução que irá posteriormente ser respondida pelos profissionais de saúde é-nos extremamente importante. Qualquer tradução é subjetiva e, assim, os comentários que nos fornecer serão analisados pelos investigadores e comunicados aos autores do questionário original.

Por favor, na caixa abaixo, escreva os comentários gerais sobre a tradução que lhe foi apresentada:

Item	Título 1
Original em inglês	GUSS (Gugging Swallowing Screen)
Tradução proposta	Não foi traduzido.
Sugestão de alteração	
Comentário do/a revisor/a	
Alternativa possível	

Item	Instrução 1
Original em inglês	1. Preliminary Investigation/Indirect Swallowing Test
Tradução proposta	1. Avaliação preliminar / Teste indireto da deglutição
Sugestão de alteração	
Comentário do/a revisor/a	
Alternativa possível	

Item	Pergunta 1
Original em inglês	VIGILANCE – The patient must be alert for at least <u>15 minutes</u>
Tradução proposta	VIGILÂNCIA - O doente deve estar alerta durante pelo menos 15 minutos.
Sugestão de alteração	
Comentário do/a revisor/a	
Alternativa possível	

Item	Pergunta 2
Original em inglês	COUGHING and/or THROAT CLEARING – Voluntary cough: The patient should cough or clear his/her throat twice
Tradução proposta	TOSSE e/ou LIMPAR GARGANTA - Tosse voluntária: o doente deve tossir ou pigarrear duas vezes
Sugestão de alteração	
Comentário do/a revisor/a	
Alternativa possível	

Item	Pergunta 3
Original em inglês	SWALLOWING SALIVA – Conduct oral hygiene if the mouth is very dry If the patient coughs during or after swallowing saliva please tick "No"
Tradução proposta	DEGLUTIÇÃO DA SALIVA - Realize a higiene oral se a boca estiver muito seca Se o doente tossir durante ou após a deglutição da saliva, assinale "Não"
Sugestão de alteração	
Comentário do/a revisor/a	
Alternativa possível	

Item	Pergunta 4
Original em inglês	Swallowing successful
Tradução proposta	Deglutição bem-sucedida
Sugestão de alteração	
Comentário do/a revisor/a	
Alternativa possível	

Item	Pergunta 5
Original em inglês	Drooling – Permanent severe saliva drooling
Tradução proposta	Sialorreia - Sialorreia intensa e permanente
Sugestão de alteração	
Comentário do/a revisor/a	
Alternativa possível	

Item	Pergunta 6
Original em inglês	Voice change after swallowing – Gurgling, wet Hoarse voice since onset of stroke
Tradução proposta	Alterações na voz após a deglutição - Gorgolejo, voz molhada e rouca desde o início do AVC
Sugestão de alteração	
Comentário do/a revisor/a	
Alternativa possível	

Item	Instrução 2
Original em inglês	1 – 4 = Stop the test See GUSS-Evaluation
Tradução proposta	1 – 4 = Pare o teste Veja Avaliação GUSS
Sugestão de alteração	
Comentário do/a revisor/a	
Alternativa possível	

Item	Instrução 3
Original em inglês	5 = Continue with part 2
Tradução proposta	5 = Continue com parte 2
Sugestão de alteração	
Comentário do/a revisor/a	
Alternativa possível	

Item	Instrução 4
Original em inglês	2. Direct Swallowing Test (Material: water, food thickener, teaspoon, cup, syringe, bread, biscuit)
Tradução proposta	2. Teste direto da deglutição (Material: água, espessante, colher de chá, chávena, seringa, pão, bolacha)
Sugestão de alteração	
Comentário do/a revisor/a	
Alternativa possível	

Item	Instrução 5
Original em inglês	In the following order
Tradução proposta	Na seguinte ordem
Sugestão de alteração	
Comentário do/a revisor/a	
Alternativa possível	

Item	Pergunta 7
Original em inglês	SEMISOLID ½ teaspoon of thickened water If there are no symptoms apply 3-5 more teaspoons Stop investigation if one of the 4 aspiration criteria is observed
Tradução proposta	SEMISSÓLIDO ½ colher de chá de água espessada Se não se registarem sintomas, administrar mais 3 a 5 colheres. Pare a avaliação se se observar um dos 4 critérios da aspiração
Sugestão de alteração	
Comentário do/a revisor/a	
Alternativa possível	

Item	Pergunta 8
Original em inglês	LIQUID Offer 3, 5, 10, 20 ml of water in a cup followed by 50 ml of water. (sequential swallows) Stop investigation if one of the 4 aspiration criteria is observed
Tradução proposta	LÍQUIDO Dar 3, 5, 10, 20 ml de água numa chávena, seguidos por 50 ml de água (goles sequenciais). Pare a avaliação se se observar um dos 4 critérios da aspiração
Sugestão de alteração	
Comentário do/a revisor/a	
Alternativa possível	

Item	Pergunta 9
Original em inglês	SOLID Offer a piece of bread without crust and/or a piece of biscuit (max. 1.5x1.5 cm) Stop investigation if one of the 4 aspiration criteria is observed
Tradução proposta	SÓLIDO Dar um bocadinho de pão sem cós e/ou um pedaço de uma bolacha (max. 1.5 x 1.5 cm) Pare a avaliação se se observar um dos 4 critérios da aspiração
Sugestão de alteração	
Comentário do/a revisor/a	
Alternativa possível	

Item	Pergunta 10
Original em inglês	DEGLUTITION - Swallowing not possible - Swallowing delayed (semisolids, fluids > 2 sec. solids > 10 sec.) - Swallowing successful
Tradução proposta	DEGLUTIÇÃO - Deglutição impossível - Engolir atrasado (semissólidos, líquidos > 2 s sólidos > 10 s) - Deglutição bem-sucedida
Sugestão de alteração	
Comentário do/a revisor/a	
Alternativa possível	

Item	Pergunta 11
Original em inglês	COUGHING (involuntary) (before, during and after swallowing – until 3 minutes later) - Yes - No
Tradução proposta	TOSSE (involuntária) (antes, durante e depois da deglutição - até 3 minutos após) - Sim - Não
Sugestão de alteração	
Comentário do/a revisor/a	
Alternativa possível	

Item	Pergunta 12
Original em inglês	DROOLING - Yes - No
Tradução proposta	SIALORREIA - Sim - Não
Sugestão de alteração	
Comentário do/a revisor/a	
Alternativa possível	

Item	Pergunta 13
Original em inglês	VOICE CHANGE (Listen to the voice before and after swallowing – Patient should say “Ohhh”) • Yes • No
Tradução proposta	ALTERAÇÕES NA VOZ (Escute a voz antes e após a deglutição – o doente deve dizer “Ohhh”) • Sim • Não
Sugestão de alteração	
Comentário do/a revisor/a	
Alternativa possível	

Item	Instrução 6
Original em inglês	1 – 4= Stop the teste See GUSS-Evaluation 5= Continue “Liquid”
Tradução proposta	1 – 4 = Pare o teste veja a Avaliação GUSS 5 = Continue com “Líquido”
Sugestão de alteração	
Comentário do/a revisor/a	
Alternativa possível	

Item	Instrução 7
Original em inglês	1 – 4= Stop the teste See GUSS-Evaluation 5= Continue “Solid”
Tradução proposta	1 – 4 = Pare o teste veja a Avaliação GUSS 5 = Continue com “Sólido”
Sugestão de alteração	
Comentário do/a revisor/a	
Alternativa possível	

Item	Instrução 8
Original em inglês	SUM: (Indirect Swallowing Test AND Direct Swallowing Test)
Tradução proposta	SOMA: (Teste indireto da deglutição E teste direto da deglutição)
Sugestão de alteração	
Comentário do/a revisor/a	
Alternativa possível	

Item	Título 2
Original em inglês	GUSS EVALUATION (Gugging Swallowing Screen)
Tradução proposta	AVALIAÇÃO GUSS (Gugging Swallowing Screen)
Sugestão de alteração	
Comentário do/a revisor/a	
Alternativa possível	

Item	Instrução 9
Original em inglês	RESULTS
Tradução proposta	RESULTADOS
Sugestão de alteração	
Comentário do/a revisor/a	
Alternativa possível	

Item	Instrução 10
Original em inglês	SEVERITY CODE
Tradução proposta	GRAU DE GRAVIDADE
Sugestão de alteração	
Comentário do/a revisor/a	
Alternativa possível	

Item	Instrução 11
Original em inglês	RECOMMENDATIONS
Tradução proposta	RECOMENDAÇÕES
Sugestão de alteração	
Comentário do/a revisor/a	
Alternativa possível	

Item	Instrução 12
Original em inglês	Swallowing semisolids, liquids and solid textures successful
Tradução proposta	Deglutição de semissólidos, líquidos e consistências sólidas bem-sucedida
Sugestão de alteração	
Comentário do/a revisor/a	
Alternativa possível	

Item	Instrução 13
Original em inglês	Slight/No dysphagia with no or minimal risk of aspiration
Tradução proposta	Disfagia ligeira / sem disfagia sem risco ou risco mínimo de aspiração
Sugestão de alteração	
Comentário do/a revisor/a	
Alternativa possível	

Item	Instrução 14
Original em inglês	• Normal diet • Regular liquids • First normal meal under supervision of a SLT/SLP or dysphagia-trained nurse to evaluate the swallowing ability of mixed consistencies
Tradução proposta	• Dieta normal • Líquidos normais • Primeira refeição normal sob supervisão de terapeuta da fala ou enfermeiro treinado em disfagia para avaliar a capacidade de deglutição de consistências mistas
Sugestão de alteração	
Comentário do/a revisor/a	
Alternativa possível	

Item	Instrução 15
Original em inglês	Swallowing semisolids successful, swallowing liquids can be deficient, solids can be deficient
Tradução proposta	Deglutição de semissólidos bem-sucedida, deglutição de líquidos pode ser deficiente, deglutição de sólidos pode ser deficiente
Sugestão de alteração	
Comentário do/a revisor/a	
Alternativa possível	

Item	Instrução 16
Original em inglês	Slight dysphagia with aspiration risk
Tradução proposta	Disfagia ligeira com risco de aspiração
Sugestão de alteração	
Comentário do/a revisor/a	
Alternativa possível	

Item	Instrução 17
Original em inglês	• Dysphagia diet (minced & moist or soft & bite sized) • Liquids thickened • Optional: Further functional swallowing assessments (FEES, VFES) • Optional: Refer to Speech&Language Pathologist (SLP) or Speech&Language Therapist (SLT) Supplementation via PEG, nasogastric tube or parenteral + supplementary food
Tradução proposta	• Dieta normal passada (purés e alimentos moles) • Líquidos espessados • Opcional: avaliações funcionais adicionais da deglutição (FEES, VFES) • Opcional: Encaminhar para o terapeuta da fala Suplementação via PEG, sonda nasogástrica ou parentérica + alimentação suplementar
Sugestão de alteração	
Comentário do/a revisor/a	
Alternativa possível	

Item	Instrução 18
Original em inglês	Swallowing semisolids successful, swallowing deficient
Tradução proposta	Deglutição de semissólidos bem-sucedida, deglutição de líquidos deficiente
Sugestão de alteração	
Comentário do/a revisor/a	
Alternativa possível	

Item	Instrução 19
Original em inglês	Moderate dysphagia with risk of aspiration
Tradução proposta	Disfagia moderada com risco de aspiração
Sugestão de alteração	
Comentário do/a revisor/a	
Alternativa possível	

Item	Instrução 20
Original em inglês	• Pureed textures • All liquids must be thickened • Pills should be crushed and mixed with puree • No liquid medication! • Optional: Further functional swallowing assessments (FEES, VFES) • Optional: Refer to Speech&Language Pathologist (SLP) or Speech&Language Therapist (SLT) Supplementation via PEG, nasogastric tube or parenteral + supplementary food
Tradução proposta	• Consistências semissólidas/pastosas • Todos os líquidos devem ser espessados • Os comprimidos devem ser esmagados e misturados com purê • Não administrar medicação líquida! • Opcional: Avaliações funcionais adicionais da deglutição (FEES, VFES) • Opcional: Encaminhar para o terapeuta da fala Suplementação via PEG, sonda nasogástrica ou parentérica + alimentação suplementar
Sugestão de alteração	
Comentário do/a revisor/a	
Alternativa possível	

Item	Instrução 21
Original em inglês	Preliminary investigation unsuccessful or swallowing semisolids unsuccessful
Tradução proposta	Investigação preliminar sem sucesso ou deglutição de semissólidos sem sucesso
Sugestão de alteração	
Comentário do/a revisor/a	
Alternativa possível	

Item	Instrução 22
Original em inglês	Severe dysphagia with high risk of aspiration
Tradução proposta	Disfagia grave com alto risco de aspiração
Sugestão de alteração	
Comentário do/a revisor/a	
Alternativa possível	

Item	Instrução 23
Original em inglês	• NPO (non per os = nothing by mouth) • Optional: Further functional swallowing assessments (FEES, VFES) • Optional: Refer to Speech&Language Pathologist (SLP) or Speech&Language Therapist (SLT) Supplementation via PEG, nasogastric tube or parenteral
Tradução proposta	• NPO (non per os = nada pela boca) • Opcional: avaliações funcionais adicionais da deglutição (FEES, VFES) • Opcional: Encaminhar para o terapeuta da fala Suplementação via PEG, sonda nasogástrica ou parentérica
Sugestão de alteração	
Comentário do/a revisor/a	
Alternativa possível	

Item	Instrução 24
Original em inglês	Use functional investigations like: Fiberoptic Endoscopic Evaluation of Swallowing (FEES), Videofluoroscopic Evaluation of Swallowing (VFES) and Clinical Swallowing Examination (CSE) by Speech&Language Pathologist (SLP) or Speech&Language Therapist (SLT).
Tradução proposta	Recorra a avaliações funcionais como a avaliação da deglutição por videoendoscopia (FEES), a avaliação da deglutição por videofluoroscopia (VFS) e exame clínico da deglutição pelo terapeuta da fala.
Sugestão de alteração	
Comentário do/a revisor/a	
Alternativa possível	

ANEXO VIII: Versão final do GUSS e do BJH-SDS

G U S S

(Gugging Swallowing Screen – Rastreio da deglutição)

Data: _____

Hora: _____

1. Avaliação preliminar / Teste indireto da deglutição

		SIM	NÃO
VIGILÂNCIA	O doente deve estar vígil durante pelo menos <u>15 minutos</u>	1 ☐	0 ☐
TOSSE e/ou PIGARRO	Tosse voluntária: o doente deve tossir ou pigarrear duas vezes	1 ☐	0 ☐
DEGLUTIÇÃO DA SALIVA	Realize a higiene oral se a boca estiver muito seca Se o doente tossir durante ou após a deglutição da saliva, assinala "Não"	1 ☐	0 ☐
• Deglutição bem-sucedida			
• Sialorreia	Sialorreia intensa e permanente	0 ☐	1 ☐
• Alterações na voz após a deglutição	Gorgolejo, voz húmida e rouca desde a instalação do AVC	0 ☐	1 ☐
SOMA:		(5)	
		1 - 4 = Pare o teste Veja Avaliação GUSS 5 = Continue com a parte 2	

2. Teste direto da deglutição (Material: água, espessante, colher de chá, chávena, seringa, pão, bolacha)

Na seguinte ordem	SEMISSÓLIDO →	LÍQUIDO →	SÓLIDO
	½ colher de chá de água espessada Se não se registarem sintomas, administrar mais 3 a 5 colheres. Pare a avaliação se observar um dos 4 critérios da aspiração	Dar 3, 5, 10, 20 ml de água numa chávena, seguidos por 50 ml de água (goles sequenciais). Pare a avaliação se observar um dos 4 critérios da aspiração	Dar um pedaço de pão sem cõdea e/ou um pedaço de uma bolacha (max. 1.5 x 1.5 cm) Pare a avaliação se observar um dos 4 critérios da aspiração
DEGLUTIÇÃO			
▪ Deglutição impossível	0 ☐	0 ☐	0 ☐
▪ Atraso na deglutição (semissólidos, líquidos > 2 s sólidos > 10 s)	1 ☐	1 ☐	1 ☐
▪ Deglutição bem-sucedida	2 ☐	2 ☐	2 ☐
TOSSE (involuntária) (antes, durante e depois da deglutição - até 3 minutos após)			
▪ Sim	0 ☐	0 ☐	0 ☐
▪ Não	1 ☐	1 ☐	1 ☐
SIALORREIA			
▪ Sim	0 ☐	0 ☐	0 ☐
▪ Não	1 ☐	1 ☐	1 ☐
ALTERAÇÕES NA VOZ (Escute a voz antes e após a deglutição - o doente deve dizer "Ohhh")			
▪ Sim	0 ☐	0 ☐	0 ☐
▪ Não	1 ☐	1 ☐	1 ☐
SOMA:	(5)	(5)	(5)
	1 - 4 = Pare o teste veja a Avaliação GUSS 5 = Continue com " Líquido "	1 - 4 = Pare o teste veja a Avaliação GUSS 5 = Continue com " Sólido "	

SOMA: (Teste indireto da deglutição E teste direto da deglutição)

_____(20)

AVALIAÇÃO GUSS

(Gugging Swallowing Screen - Rastreo da deglutição)

RESULTADOS		GRAU DE SEVERIDADE	RECOMENDAÇÕES (relacionado com o Diagrama IDDSI ¹)
20	Deglutição de consistências semissólidas, líquidas e sólidas bem-sucedida	Disfagia ligeira / sem disfagia sem risco ou risco mínimo de aspiração	• Dieta normal (Nível: 7, 7 menos) • Líquidos normais (Nível: 0) • Primeira refeição normal sob supervisão de terapeuta da fala ou enfermeiro treinado em disfagia para avaliar a capacidade de deglutição de consistências mistas
15-19	Deglutição de semissólidos bem-sucedida, deglutição de líquidos pode ser deficiente, deglutição de sólidos pode ser deficiente	Disfagia ligeira com risco de aspiração	• Dieta normal passada (pastosa e moles) (Nível: 5 ou 6) • Líquidos espessados (Nível: 1 ou 2) • <i>Opcional: Avaliações funcionais complementares da deglutição (FEES, VFES)²</i> • <i>Opcional: Encaminhar para o terapeuta da fala²</i> <i>Suplementação via PEG, sonda nasogástrica ou parentérica + suplementos alimentares</i>
10-14	Deglutição de semissólidos bem-sucedida, deglutição de líquidos deficiente	Disfagia moderada com risco de aspiração	• Consistências semissólidas/pastosas (Nível: 3-4) • Todos os líquidos devem ser espessados (Nível: 2-3) • Os comprimidos devem ser esmagados e misturados com puré (Nível: 3-4) • Não administrar medicação líquida! • <i>Opcional: Avaliações funcionais complementares da deglutição (FEES, VFES)²</i> • <i>Opcional: Encaminhar para o terapeuta da fala²</i> <i>Suplementação via PEG, sonda nasogástrica ou parentérica + suplementos alimentares</i>
0-9	Investigação preliminar sem sucesso ou deglutição de semissólidos sem sucesso	Disfagia grave com alto risco de aspiração	• NPO (non per os = nada pela boca) • <i>Opcional: avaliações funcionais complementares da deglutição (FEES, VFES)²</i> • <i>Opcional: Encaminhar para o terapeuta da fala²</i> <i>Suplementação via PEG, sonda nasogástrica ou parentérica</i>

¹ Disponível em: https://iddsi.org/IDDSI/media/images/Translations/IDDS_Framework_Descriptors_V2_Portuguese_Portugal_Final_Dec_2020.pdf

² Recorra a avaliações funcionais como: avaliação videoendoscópica da deglutição (FEES), videofluoroscopia da deglutição (VFS) e exame clínico da deglutição por terapeuta da fala.

BARNES-JEWISH HOSPITAL – RASTREIO DA DISFAGIA EM DOENTES COM AVC

Data: _____

Deve ser aplicado a todos os doentes admitidos no serviço/unidade com diagnóstico de AVC.

Se alguma das perguntas que se seguem tiver a resposta “Sim”, pare o teste e encaminhe o doente para terapia da fala.

	SIM	NÃO
1) A Escala de Coma de Glasgow é INFERIOR a 13?	☐	☐
2) O doente apresenta assimetria/fraqueza facial?	☐	☐
3) Apresenta assimetria/fraqueza da língua?	☐	☐
4) Apresenta assimetria/fraqueza do palato?	☐	☐
5) Observam-se sinais de aspiração no teste dos 90 ml de água?	☐	☐

- Se todas as respostas para as primeiras quatro perguntas forem **NÃO**, prossiga com o teste dos 90 ml de água.

- Administre 90 ml de água em goles sequenciais, verifique se existe algum pigarreio, tosse ou alterações da qualidade vocal imediatamente após e no minuto seguinte à deglutição. Se observar pigarreio, tosse ou alterações na voz, encaminhe o doente para terapia da fala.

- Se todas as respostas anteriores forem **NÃO**, então inicie dieta normal ao doente.

ANEXO XIX: Documento de trabalho com o registo dos vários passos realizados durante a pesquisa sistemática da literatura para a elaboração das recomendações clínicas

FOLHA DE TRABALHO - PICO E ESTRATÉGIA DE PESQUISA

Questão clínica 1: quando deve a capacidade para deglutir ser rastreada e avaliada em doentes com AVC?

1. PICO:

População: doente com AVC

Intervenção: rastreio

Comparação/controlo/comparador: controlo

Outcome (resultado): disfagia

2. Lista de tópicos mais importantes e termos a utilizar na pesquisa: stroke; cerebrovascular accident; apoplexy; dysphagia; swallowing disorders; deglutition disorders; screening; assessment.

3. Limitações à pesquisa: por língua (apenas textos em português, inglês, francês e espanhol) e por data (publicados desde 2008 até dezembro de 2019).

4. Tipo de estudo ou publicação a incluir na pesquisa: revisões sistemáticas ou metanálise, guias de orientação clínica/diretrizes clínicas/recomendações, estudos experimentais ou quase experimentais e estudos observacionais publicados em revistas com revisão por pares.

5. Bases de dados e motor de busca utilizados: Cochrane Library; CINAHL with Full Text; PubMed; Trip Database, Epistemonikos (sem PubMed e Cochrane Library) e pesquisa manual em páginas de sociedades científicas/profissionais nas áreas relacionadas e de organismos responsáveis pela emissão de diretrizes clínicas, como por exemplo da Direção-Geral da Saúde, do *National Institute for Health and Care Excellence*, *European Stroke Organization*, *National Guideline Clearinghouse* ou na *American Stroke Association*.

6. Artigos incluídos para revisão:

Diretrizes clínicas: (Boulanger, et al., 2018) (Burgos, et al., 2018) (Herbert, et al., 2016) (National Collaborating Centre for Chronic Conditions, 2019) (Powers, et al., 2018) (Stroke Foundation, 2019) (Winstein, et al., 2016)

Revisões sistemáticas: (Smith, et al., 2018) (Eltringham, et al., 2018)

Estudos observacionais: (Han, et al., 2018)

Questão clínica 2: quais os instrumentos validados para o rastreio da disfagia na pessoa com AVC em fase aguda?

1. **PICO:**

População: doentes com AVC

Intervenção: rastreio

Comparação/controlo/comparador: videofluoroscopia ou fibroendoscopia da deglutição

Outcome (resultado): disfagia

2. **Lista de tópicos mais importantes e termos a utilizar na pesquisa:** stroke; cerebrovascular accident; apoplexy; dysphagia; swallowing disorders; screening; screening tool; validity; reliability; gold standard.
3. **Limitações à pesquisa:** por língua (apenas textos em português, inglês, francês e espanhol) e por data (publicados desde 2008 até dezembro de 2019).
4. **Tipo de estudo ou publicação a incluir na pesquisa:** revisões sistemáticas ou metanálise, guias de orientação clínica/diretrizes clínicas/recomendações, estudos experimentais ou quase experimentais e estudos observacionais publicados em revistas com revisão por pares.
5. **Bases de dados e motor de busca utilizados:** Cochrane Library; CINAHL with Full Text; PubMed; Trip Database, Epistemonikos (sem PubMed e Cochrane Library) e pesquisa manual em páginas de sociedades científicas/profissionais nas áreas relacionadas e de organismos responsáveis pela emissão de diretrizes clínicas, como por exemplo da Direção-Geral da Saúde, do *National Institute for Health and Care Excellence*, *European Stroke Organization*, *National Guideline Clearinghouse* ou na *American Stroke Association*.
6. **Artigos incluídos para revisão:**

Diretrizes clínicas: (Boulanger, et al., 2018) (Herbert, et al., 2016) (National Collaborating Centre for Chronic Conditions, 2019) (Stroke Foundation, 2019)

Revisões sistemáticas: (Oliveira, Mota, Freitas, & Ferreira, 2019)(Poorjavad & Jalaie, 2014)

Questão clínica 3: a introdução de protocolos de higiene oral comparada com cuidados de higiene oral standard melhora os resultados em saúde em doentes com disfagia após AVC?

1. **PICO:**

População: doentes com disfagia após AVC

Intervenção: protocolos de higiene oral

Comparação/controlo/comparador: cuidados standard

Outcome (resultado): complicações, morbilidade, mortalidade, demora média de internamento; higiene oral; saúde oral; qualidade de vida

2. **Lista de tópicos mais importantes e termos a utilizar na pesquisa:** oral hygiene; oral care; oral health; stroke; cerebrovascular accident; apoplexy; dysphagia; swallowing disorders; pneumonia; length of stay; morbidity; death; infectious complications; complications; poor outcome; oral hygiene; oral health; quality of life

3. **Limitações à pesquisa:** por língua (apenas textos em português, inglês, francês e espanhol) e por data (publicados desde 2008 até dezembro de 2019).

4. **Tipo de estudo ou publicação a incluir na pesquisa:** revisões sistemáticas ou metanálise, guias de orientação clínica/diretrizes clínicas/recomendações, estudos experimentais ou quase experimentais e estudos observacionais publicados em revistas com revisão por pares.

5. **Bases de dados e motor de busca utilizados:** Cochrane Library; CINAHL with Full Text; PubMed; Trip Database, Epistemonikos (sem PubMed e Cochrane Library) e pesquisa manual em páginas de sociedades científicas/profissionais nas áreas relacionadas e de organismos responsáveis pela emissão de diretrizes clínicas, como por exemplo da Direção-Geral da Saúde, do *National Institute for Health and Care Excellence*, *European Stroke Organization*, *National Guideline Clearinghouse* ou na *American Stroke Association*.

6. **Artigos incluídos para revisão:**

Diretrizes clínicas: (Boulanger, et al., 2018) (Herbert, et al., 2016) (Powers, et al., 2018) (Stroke Foundation, 2019) (Winstein, et al., 2016) (Mennella & Heering, 2018) (Baijens, et al., 2016)

Revisões sistemáticas cochrane: (Brady, Furlanetto, Hunter, Lewis, & Milne, 2006)

Revisões não sistemáticas: (Ajwani, et al., 2017) (Kelly, 2010) (Kwok, McIntyre, Janzen, Mays, & Teasell, 2015) (Lyons, et al., 2018)

Estudos (ver tabela)

Questão clínica 4: o rastreio sistemático do risco nutricional comparado com cuidados standard em doentes com disfagia após AVC diminui a mortalidade e a morbilidade ou melhora os resultados em saúde em doentes com AVC?

1. **PICO:**

População: doentes disfágicos com AVC

Intervenção: rastreio

Comparação/controlo/comparador: controlo

Outcome (resultado): risco nutricional

2. **Lista de tópicos mais importantes e termos a utilizar na pesquisa:** stroke; cerebrovascular accident; apoplexy; dysphagia; swallowing disorders; screening; nutrition disorders; nutrition; length of stay; morbidity; death; poor outcome
3. **Limitações à pesquisa:** por língua (apenas textos em português, inglês, francês e espanhol) e por data (publicados desde 2008 até dezembro de 2019).
4. **Tipo de estudo ou publicação a incluir na pesquisa:** revisões sistemáticas ou metanálise, guias de orientação clínica/diretrizes clínicas/recomendações, estudos experimentais ou quase experimentais e estudos observacionais publicados em revistas com revisão por pares.
5. **Bases de dados e motor de busca utilizados:** Cochrane Library; CINAHL with Full Text; PubMed; Trip Database, Epistemonikos (sem PubMed e Cochrane Library) e pesquisa manual em páginas de sociedades científicas/profissionais nas áreas relacionadas e de organismos responsáveis pela emissão de diretrizes clínicas, como por exemplo da Direção-Geral da Saúde, do *National Institute for Health and Care Excellence*, *European Stroke Organization*, *National Guideline Clearinghouse* ou na *American Stroke Association*.
6. **Artigos incluídos para revisão:**

Guidelines: (Boulanger, et al., 2018) (Herbert, et al., 2016) (Burgos, et al., 2018) (National Collaborating Centre for Chronic Conditions, 2019) (Wirth, et al., 2013) (Direção-Geral da Saúde, 2019) (Stroke Foundation, 2019)

Revisões Cochrane: (Feinberg, et al., 2017) (Geeganage, Beavan, Ellender, & Bath, 2012)

Questão clínica 5: a alimentação por sonda nasogástrica, em pessoas com disfagia grave, comparada com outras estratégias de alimentação diminui a mortalidade e a morbilidade ou melhora os resultados em saúde em doentes com AVC?

1. **PICO:**

População: doentes disfágicos com AVC

Intervenção: alimentação por sonda nasogástrica

Comparação/controlo/comparador: outras estratégias de alimentação

Outcome (resultado): complicações, morbilidade, mortalidade, demora média de internamento; qualidade de vida

2. Lista de tópicos mais importantes e termos a utilizar na pesquisa: stroke; cerebrovascular accident; apoplexy; nutrition disorders; nutrition; nutrition therapy; feeding methods; enteral nutrition; tube feeding; gastrostomy; enterostomy; length of stay; morbidity; death; poor outcome

3. **Limitações à pesquisa:** por língua (apenas textos em português, inglês, francês e espanhol) e por data (publicados desde 2008 até dezembro de 2019).

4. **Tipo de estudo ou publicação a incluir na pesquisa:** revisões sistemáticas ou metanálise, guias de orientação clínica/diretrizes clínicas/recomendações, estudos experimentais ou quase experimentais e estudos observacionais publicados em revistas com revisão por pares.

5. **Bases de dados e motor de busca utilizados:** Cochrane Library; CINAHL with Full Text; PubMed; Trip Database, Epistemonikos (sem PubMed e Cochrane Library) e pesquisa manual em páginas de sociedades científicas/profissionais nas áreas relacionadas e de organismos responsáveis pela emissão de diretrizes clínicas, como por exemplo da Direção-Geral da Saúde, do *National Institute for Health and Care Excellence*, *European Stroke Organization*, *National Guideline Clearinghouse* ou na *American Stroke Association*.

6. **Artigos incluídos para revisão:**

Guidelines: (Boulanger, et al., 2018) (Burgos, et al., 2018) (Herbert, et al., 2016) (National Collaborating Centre for Chronic Conditions, 2019) (National Collaborating Centre for Acute Care, 2006) (Powers, et al., 2018) (Stroke Foundation, 2019) (Winstein, et al., 2016) (Wirth, et al., 2013)

Revisões Cochrane: (Geeganage, Beavan, Ellender, & Bath, 2012) (Gomes, et al., 2015)

Estudos: (Dennis, Lewis, & Cranswick, 2006) (Joundi, et al., 2018) (Kim, Baek, Park, Kang, & Lee, 2018) (Wang, Chen, & Ni, 2019) (Dziewas, et al., 2008) (Kwak, et al., 2018)

Questão clínica 6: quais as intervenções terapêuticas com resultados mais significativos na recuperação da função deglutória e na segurança da via aérea?

1. **PICO:**

População: doente disfágico com AVC

Intervenção: intervenção terapêutica para tratamento/reabilitação da disfagia

Comparação/controlo/comparador: controlo

Outcome (resultado): capacidade para deglutir; complicações; morbilidade; mortalidade; qualidade de vida; aspiração

2. Lista de tópicos mais importantes e termos a utilizar na pesquisa: stroke; cerebrovascular accident; apoplexy; dysphagia; swallowing disorders; swallowing function; rehabilitation; therapies; treatment; death; lenght of stay; morbidity; aspiration; functional outcome

3. **Limitações à pesquisa:** por língua (apenas textos em português, inglês, francês e espanhol) e por data (publicados desde 2008 até dezembro de 2019).

4. **Tipo de estudo ou publicação a incluir na pesquisa:** revisões sistemáticas ou metanálise, guias de orientação clínica/diretrizes clínicas/recomendações, estudos experimentais ou quase experimentais e estudos observacionais publicados em revistas com revisão por pares.

5. **Bases de dados e motor de busca utilizados:** Cochrane Library; CINAHL with Full Text; PubMed; Trip Database, Epistemonikos (sem PubMed e Cochrane Lybrary) e pesquisa manual em páginas de sociedades científicas/profissionais nas áreas relacionadas e de organismos responsáveis pela emissão de diretrizes clínicas, como por exemplo da Direção-Geral da Saúde, do *National Institute for Health and Care Excellence*, *European Stroke Organization*, *National Guideline Clearinghouse* ou na *American Stroke Association*.

6. **Artigos incluídos para revisão:**

Guidelines: (Burgos, et al., 2018) (Herbert, et al., 2016) (National Clinical Guideline Centre, 2013) (Stroke Foundation, 2019) (Winstein, et al., 2016)

Revisões Cochrane: (Bath, Sean, & Everton, 2018)

Revisões não Cochrane: (Chiang, et al., 2019) (Tian, et al., 2019)

Estudos: ver tabela

Questão clínica 7: a modificação da consistência dos alimentos comparada com a alimentação standard diminui a mortalidade e a morbidade ou melhora os resultados em saúde em doentes com AVC?

1. **PICO:**

População: doente disfágico com AVC

Intervenção: modificação das consistências alimentares e viscosidade dos líquidos

Comparação/controlo/comparador: alimentação oral standard ou não modificada

Outcome (resultado): eficácia e segurança da deglutição e qualidade de vida

2. Lista de tópicos mais importantes e termos a utilizar na pesquisa: stroke; cerebrovascular accident; apoplexy; dysphagia; swallowing disorders; liquid; food; texture; consistency; thick*; viscosity.

3. **Limitações à pesquisa:** por língua (apenas textos em português, inglês, francês e espanhol) e por data (publicados desde 2008 até dezembro de 2019).

4. **Tipo de estudo ou publicação a incluir na pesquisa:** revisões sistemáticas ou metanálise, guias de orientação clínica/diretrizes clínicas/recomendações, estudos experimentais ou quase experimentais e estudos observacionais publicados em revistas com revisão por pares.

5. **Bases de dados e motor de busca utilizados:** Cochrane Library; CINAHL with Full Text; PubMed; Trip Database, Epistemonikos (sem PubMed e Cochrane Library) e pesquisa manual em páginas de sociedades científicas/profissionais nas áreas relacionadas e de organismos responsáveis pela emissão de diretrizes clínicas, como por exemplo da Direção-Geral da Saúde, do *National Institute for Health and Care Excellence*, *European Stroke Organization*, *National Guideline Clearinghouse* ou na *American Stroke Association*.

6. **Artigos incluídos para revisão:**

Guidelines: (Burgos, et al., 2018) (Stroke Foundation, 2019) (Wirth, et al., 2013)

Revisões: (Beck, Kjaersgaard, Hansen, & Poulsen, 2018) (Newman, Vilardell, Clavé, & Speyer, 2016) (Steele, et al., 2015) (Swan, Speyer, Heijnen, Wagg, & Cordier, 2015)

Estudos primários: (Bolivar-Prados, et al., 2019) (Crary, Carnaby, Shabbir, Miller, & Silliman, 2016) (McCurtin, et al., 2018) (Miles, McFarlane, Scott, & Hunting, 2018) (Vilardell, Rofes, Arreola, Speyer, & Clavé, 2016)

ANEXO X: Resumo da avaliação da qualidade metodológica das *guidelines* identificadas

Burgos, R., Bretón, I., Cereda, E., Desport, J., Dziewas, R., Genton, L., . . . Bischoff, S. (2018). ESPEN guideline clinical nutrition in neurology. *Clinical Nutrition*, 37(1), 354-396. doi:10.1016/j.clnu.2017.09.003

Domínio	Questão	Score A1	Score A2	score Total
Scope and Purpose	The overall objective(s) of the guideline is (are) specifically described	7	7	100,00%
	The health question(s) covered by the guideline is (are) specifically described	7	7	
	The population (patients, public, etc.) to whom the guideline is meant to apply is specifically described	7	7	
Stakeholder Involvement	The guideline development group includes individuals from all relevant professional groups	4	5	61,11%
	The views and preferences of the target population (patients, public, etc.) have been sought	2	3	
	The target users of the guideline are clearly defined	7	7	
Rigour of Development	Systematic methods were used to search for evidence	7	7	76,04%
	The criteria for selecting the evidence are clearly described	5	6	
	The strengths and limitations of the body of evidence are clearly described	6	6	
	The methods for formulating the recommendations are clearly described	6	6	
	The health benefits, side effects, and risks have been considered in formulating the recommendations	5	6	
	There is an explicit link between the recommendations and the supporting evidence	6	7	
	The guideline has been externally reviewed by experts prior to its publication	7	7	
	A procedure for updating the guideline is provided	1	1	
Clarity of Presentation	The recommendations are specific and unambiguous	6	6	72,22%
	The different options for management of the condition or health issue are clearly presented	3	3	
	Key recommendations are easily identifiable	7	7	
Aplicability	The guideline describes facilitators and barriers to its application	3	4	25,00%
	The guideline provides advice and/or tools on how the recommendations can be put into practice.	4	5	
	The potential resource implications of applying the recommendations have been considered	1	1	
	The guideline presents monitoring and/or auditing criteria	1	1	
Editorial Independence	The views of the funding body have not influenced the content of the guideline	6	6	79,17%
	Competing interests of guideline development group members have been recorded and addressed	5	6	
Overall Assessment	Rate the overall quality of this guideline.	6	6	83,33%
				71%

Casaubon, L. K., Boulanger, J.-M., Glasser, E., Blacquiére, D., Boucher, S., Brown, K., . . . Lindsay, P. (2016). Canadian Stroke Best Practice Recommendations: Acute Inpatient Stroke Care Guidelines, Update 2015. *International Journal of Stroke*, 11(2), 239–252. doi:10.1177/1747493015622461

Domínio	Questão	Score A1	Score A2	score Total
Scope and Purpose	The overall objective(s) of the guideline is (are) specifically described	7	7	100,00 %
	The health question(s) covered by the guideline is (are) specifically described	7	7	
	The population (patients, public, etc.) to whom the guideline is meant to apply is specifically described	7	7	
Stakeholder Involvement	The guideline development group includes individuals from all relevant professional groups	6	6	86,11%
	The views and preferences of the target population (patients, public, etc.) have been sought	5	6	
	The target users of the guideline are clearly defined	7	7	
Rigour of Development	Systematic methods were used to search for evidence	7	7	75,00%
	The criteria for selecting the evidence are clearly described	4	5	
	The strengths and limitations of the body of evidence are clearly described	4	5	
	The methods for formulating the recommendations are clearly described	5	5	
	The health benefits, side effects, and risks have been considered in formulating the recommendations	5	6	
	There is an explicit link between the recommendations and the supporting evidence	6	6	
	The guideline has been externally reviewed by experts prior to its publication	7	7	
	A procedure for updating the guideline is provided	4	5	
Clarity of Presentation	The recommendations are specific and unambiguous	6	6	69,44%
	The different options for management of the condition or health issue are clearly presented	5	5	
	Key recommendations are easily identifiable	4	5	
Aplicability	The guideline describes facilitators and barriers to its application	6	6	35,42%
	The guideline provides advice and/or tools on how the recommendations can be put into practice.	4	5	
	The potential resource implications of applying the recommendations have been considered	1	1	
	The guideline presents monitoring and/or auditing criteria	1	1	
Editorial Independence	The views of the funding body have not influenced the content of the guideline	6	6	91,67%
	Competing interests of guideline development group members have been recorded and addressed	7	7	
Overall Assessment	Rate the overall quality of this guideline.	6	7	91,67%
				78%

Boulanger, J., Lindsay, M., Gubitz, G., Smith, E., Stotts, G., Foley, N., . . . Butcher, K. (2018). Canadian Stroke Best Practice Recommendations for Acute Stroke Management: Prehospital, Emergency Department, and Acute Inpatient Stroke Care, 6th Edition, Update 2018. *International Journal of Stroke*, 13(9), 949-984. doi:10.1177/1747493018786616

Domínio	Questão	Score A1	Score A2	score Total
Scope and Purpose	The overall objective(s) of the guideline is (are) specifically described	7	7	100,00%
	The health question(s) covered by the guideline is (are) specifically described	7	7	
	The population (patients, public, etc.) to whom the guideline is meant to apply is specifically described	7	7	
Stakeholder Involvement	The guideline development group includes individuals from all relevant professional groups	6	6	86,11%
	The views and preferences of the target population (patients, public, etc.) have been sought	5	6	
	The target users of the guideline are clearly defined	7	7	
Rigour of Development	Systematic methods were used to search for evidence	7	7	77,08%
	The criteria for selecting the evidence are clearly described	4	5	
	The strengths and limitations of the body of evidence are clearly described	4	5	
	The methods for formulating the recommendations are clearly described	5	5	
	The health benefits, side effects, and risks have been considered in formulating the recommendations	5	6	
	There is an explicit link between the recommendations and the supporting evidence	7	7	
	The guideline has been externally reviewed by experts prior to its publication	7	7	
	A procedure for updating the guideline is provided	4	5	
Clarity of Presentation	The recommendations are specific and unambiguous	6	6	75,00%
	The different options for management of the condition or health issue are clearly presented	5	5	
	Key recommendations are easily identifiable	5	6	
Aplicability	The guideline describes facilitators and barriers to its application	6	6	35,42%
	The guideline provides advice and/or tools on how the recommendations can be put into practice.	4	5	
	The potential resource implications of applying the recommendations have been considered	1	1	
	The guideline presents monitoring and/or auditing criteria	1	1	
Editorial Independence	The views of the funding body have not influenced the content of the guideline	6	6	91,67%
	Competing interests of guideline development group members have been recorded and addressed	7	7	
Overall Assessment	Rate the overall quality of this guideline.	6	7	91,67%
				80%

Stroke Foundation. (2019). *Clinical Guidelines for Stroke Management*. Melbourne, Australia: Autor. Retrieved from <https://informme.org.au/en/Guidelines/Clinical-Guidelines-for-Stroke-Management>

Domínio	Questão	Score A1	Score A2	score Total
Scope and Purpose	The overall objective(s) of the guideline is (are) specifically described	7	7	100,00%
	The health question(s) covered by the guideline is (are) specifically described	7	7	
	The population (patients, public, etc.) to whom the guideline is meant to apply is specifically described	7	7	
Stakeholder Involvement	The guideline development group includes individuals from all relevant professional groups	7	7	97,22%
	The views and preferences of the target population (patients, public, etc.) have been sought	6	7	
	The target users of the guideline are clearly defined	7	7	
Rigour of Development	Systematic methods were used to search for evidence	7	7	81,25%
	The criteria for selecting the evidence are clearly described	5	6	
	The strengths and limitations of the body of evidence are clearly described	6	7	
	The methods for formulating the recommendations are clearly described	7	7	
	The health benefits, side effects, and risks have been considered in formulating the recommendations	7	7	
	There is an explicit link between the recommendations and the supporting evidence	7	7	
	The guideline has been externally reviewed by experts prior to its publication	1	1	
	A procedure for updating the guideline is provided	6	6	
Clarity of Presentation	The recommendations are specific and unambiguous	6	6	83,33%
	The different options for management of the condition or health issue are clearly presented	5	6	
	Key recommendations are easily identifiable	6	7	
Aplicability	The guideline describes facilitators and barriers to its application	4	5	56,25%
	The guideline provides advice and/or tools on how the recommendations can be put into practice.	6	6	
	The potential resource implications of applying the recommendations have been considered	6	6	
	The guideline presents monitoring and/or auditing criteria	1	1	
Editorial Independence	The views of the funding body have not influenced the content of the guideline	6	6	91,67%
	Competing interests of guideline development group members have been recorded and addressed	7	7	
Overall Assessment	Rate the overall quality of this guideline.	7	7	100,00%
				87%

National Collaborating Centre for Chronic Conditions. (2019). *Stroke: national clinical guideline for diagnosis and initial management of acute stroke and transient ischaemic attack (TIA)*. London: Royal College of Physicians. Retrieved from <https://www.nice.org.uk/guidance/ng128>

Domínio	Questão	Score A1	Score A2	score Total
Scope and Purpose	The overall objective(s) of the guideline is (are) specifically described	7	7	100,00%
	The health question(s) covered by the guideline is (are) specifically described	7	7	
	The population (patients, public, etc.) to whom the guideline is meant to apply is specifically described	7	7	
Stakeholder Involvement	The guideline development group includes individuals from all relevant professional groups	6	6	94,44%
	The views and preferences of the target population (patients, public, etc.) have been sought	7	7	
	The target users of the guideline are clearly defined	7	7	
Rigour of Development	Systematic methods were used to search for evidence	7	7	93,75%
	The criteria for selecting the evidence are clearly described	5	6	
	The strengths and limitations of the body of evidence are clearly described	6	7	
	The methods for formulating the recommendations are clearly described	7	7	
	The health benefits, side effects, and risks have been considered in formulating the recommendations	6	7	
	There is an explicit link between the recommendations and the supporting evidence	7	7	
	The guideline has been externally reviewed by experts prior to its publication	7	7	
	A procedure for updating the guideline is provided	6	7	
Clarity of Presentation	The recommendations are specific and unambiguous	6	7	88,89%
	The different options for management of the condition or health issue are clearly presented	6	7	
	Key recommendations are easily identifiable	6	6	
Aplicability	The guideline describes facilitators and barriers to its application	3	4	68,75%
	The guideline provides advice and/or tools on how the recommendations can be put into practice.	4	5	
	The potential resource implications of applying the recommendations have been considered	5	6	
	The guideline presents monitoring and/or auditing criteria	7	7	
Editorial Independence	The views of the funding body have not influenced the content of the guideline	7	7	100,00%
	Competing interests of guideline development group members have been recorded and addressed	7	7	
Overall Assessment	Rate the overall quality of this guideline.	7	7	100,00%
				92%

Direção-Geral da Saúde. (2017). Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Adulto. *Norma*. Lisboa. Retrieved from <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas.aspx?v=d379db7c-e3e1-41bd-ae37-1ecfc6b676d4>

Domínio	Questão	Score A1	Score A2	score Total
Scope and Purpose	The overall objective(s) of the guideline is (are) specifically described	5	6	58,33%
	The health question(s) covered by the guideline is (are) specifically described	2	3	
	The population (patients, public, etc.) to whom the guideline is meant to apply is specifically described	5	6	
Stakeholder Involvement	The guideline development group includes individuals from all relevant professional groups	3	4	41,67%
	The views and preferences of the target population (patients, public, etc.) have been sought	1	2	
	The target users of the guideline are clearly defined	5	6	
Rigour of Development	Systematic methods were used to search for evidence	1	2	8,33%
	The criteria for selecting the evidence are clearly described	1	2	
	The strengths and limitations of the body of evidence are clearly described	1	1	
	The methods for formulating the recommendations are clearly described	1	1	
	The health benefits, side effects, and risks have been considered in formulating the recommendations	2	3	
	There is an explicit link between the recommendations and the supporting evidence	1	1	
	The guideline has been externally reviewed by experts prior to its publication	2	3	
	A procedure for updating the guideline is provided	1	1	
Clarity of Presentation	The recommendations are specific and unambiguous	2	3	36,11%
	The different options for management of the condition or health issue are clearly presented	2	3	
	Key recommendations are easily identifiable	4	5	
Aplicability	The guideline describes facilitators and barriers to its application	1	1	39,58%
	The guideline provides advice and/or tools on how the recommendations can be put into practice.	4	5	
	The potential resource implications of applying the recommendations have been considered	2	3	
	The guideline presents monitoring and/or auditing criteria	5	6	
Editorial Independence	The views of the funding body have not influenced the content of the guideline	2	3	25,00%
	Competing interests of guideline development group members have been recorded and addressed	2	3	
Overall Assessment	Rate the overall quality of this guideline.	3	4	41,67%
				36%

Winstein, C., Stein, J., Arena, R., Bates, B., Cherney, L., Cramer, S., . . . Zorowitz, R. (2016). Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, 47(6), e98-e169. doi:10.1161/STR.0000000000000098

Domínio	Questão	Score A1	Score A2	score Total
Scope and Purpose	The overall objective(s) of the guideline is (are) specifically described	7	7	100,00%
	The health question(s) covered by the guideline is (are) specifically described	7	7	
	The population (patients, public, etc.) to whom the guideline is meant to apply is specifically described	7	7	
Stakeholder Involvement	The guideline development group includes individuals from all relevant professional groups	5	6	66,67%
	The views and preferences of the target population (patients, public, etc.) have been sought	2	3	
	The target users of the guideline are clearly defined	7	7	
Rigour of Development	Systematic methods were used to search for evidence	7	7	90,63%
	The criteria for selecting the evidence are clearly described	7	7	
	The strengths and limitations of the body of evidence are clearly described	7	7	
	The methods for formulating the recommendations are clearly described	7	7	
	The health benefits, side effects, and risks have been considered in formulating the recommendations	7	7	
	There is an explicit link between the recommendations and the supporting evidence	7	7	
	The guideline has been externally reviewed by experts prior to its publication	7	7	
	A procedure for updating the guideline is provided	2	3	
Clarity of Presentation	The recommendations are specific and unambiguous	6	7	94,44%
	The different options for management of the condition or health issue are clearly presented	6	7	
	Key recommendations are easily identifiable	7	7	
Aplicability	The guideline describes facilitators and barriers to its application	4	5	50,00%
	The guideline provides advice and/or tools on how the recommendations can be put into practice.	4	5	
	The potential resource implications of applying the recommendations have been considered	4	5	
	The guideline presents monitoring and/or auditing criteria	2	3	
Editorial Independence	The views of the funding body have not influenced the content of the guideline	6	7	91,67%
	Competing interests of guideline development group members have been recorded and addressed	6	7	
Overall Assessment	Rate the overall quality of this guideline.	7	7	100,00%
				85%

Powers, W. J., Rabinstein, A. A., Ackerson, T., Adeoye, O. M., Bambakidis, N. C., Becker, K., . . . Tirschwell, D. L. (2018). 2018 Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke - A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, 49(3), e46-e110. doi:10.1161/STR.000000000000158

Domínio	Questão	Score A1	Score A2	score Total
Scope and Purpose	The overall objective(s) of the guideline is (are) specifically described	7	7	100,00%
	The health question(s) covered by the guideline is (are) specifically described	7	7	
	The population (patients, public, etc.) to whom the guideline is meant to apply is specifically described	7	7	
Stakeholder Involvement	The guideline development group includes individuals from all relevant professional groups	5	6	66,67%
	The views and preferences of the target population (patients, public, etc.) have been sought	2	3	
	The target users of the guideline are clearly defined	7	7	
Rigour of Development	Systematic methods were used to search for evidence	7	7	90,63%
	The criteria for selecting the evidence are clearly described	7	7	
	The strengths and limitations of the body of evidence are clearly described	6	7	
	The methods for formulating the recommendations are clearly described	7	7	
	The health benefits, side effects, and risks have been considered in formulating the recommendations	6	7	
	There is an explicit link between the recommendations and the supporting evidence	7	7	
	The guideline has been externally reviewed by experts prior to its publication	7	7	
	A procedure for updating the guideline is provided	3	4	
Clarity of Presentation	The recommendations are specific and unambiguous	7	7	97,22%
	The different options for management of the condition or health issue are clearly presented	6	7	
	Key recommendations are easily identifiable	7	7	
Aplicability	The guideline describes facilitators and barriers to its application	2	3	43,75%
	The guideline provides advice and/or tools on how the recommendations can be put into practice.	3	4	
	The potential resource implications of applying the recommendations have been considered	5	5	
	The guideline presents monitoring and/or auditing criteria	3	4	
Editorial Independence	The views of the funding body have not influenced the content of the guideline	6	7	95,83%
	Competing interests of guideline development group members have been recorded and addressed	7	7	
Overall Assessment	Rate the overall quality of this guideline.	7	7	100,00%
				85%

Wirth, R., Smoliner, C., Jäger, M., Warnecke, T., Leischker, A. H., & Dziewas, R. (2013). Guideline clinical nutrition in patients with stroke. *Experimental & Translational Stroke Medicine*, 5(1), 14. doi:10.1186/2040-7378-5-14

Domínio	Questão	Score A1	Score A2	Score Total
Scope and Purpose	The overall objective(s) of the guideline is (are) specifically described	6	7	94,44%
	The health question(s) covered by the guideline is (are) specifically described	7	7	
	The population (patients, public, etc.) to whom the guideline is meant to apply is specifically described	6	7	
Stakeholder Involvement	The guideline development group includes individuals from all relevant professional groups	4	5	47,22%
	The views and preferences of the target population (patients, public, etc.) have been sought	2	3	
	The target users of the guideline are clearly defined	4	5	
Rigour of Development	Systematic methods were used to search for evidence	7	7	87,50%
	The criteria for selecting the evidence are clearly described	7	7	
	The strengths and limitations of the body of evidence are clearly described	6	7	
	The methods for formulating the recommendations are clearly described	6	7	
	The health benefits, side effects, and risks have been considered in formulating the recommendations	6	7	
	There is an explicit link between the recommendations and the supporting evidence	6	7	
	The guideline has been externally reviewed by experts prior to its publication	7	7	
	A procedure for updating the guideline is provided	3	3	
Clarity of Presentation	The recommendations are specific and unambiguous	7	7	94,44%
	The different options for management of the condition or health issue are clearly presented	6	7	
	Key recommendations are easily identifiable	6	7	
Aplicability	The guideline describes facilitators and barriers to its application	2	3	43,75%
	The guideline provides advice and/or tools on how the recommendations can be put into practice.	5	5	
	The potential resource implications of applying the recommendations have been considered	4	5	
	The guideline presents monitoring and/or auditing criteria	2	3	
Editorial Independence	The views of the funding body have not influenced the content of the guideline	6	7	91,67%
	Competing interests of guideline development group members have been recorded and addressed	6	7	
Overall Assessment	Rate the overall quality of this guideline.	5	7	83,33%
				77%

British Society of Gerodontology. (2010). Guidelines for the oral healthcare of stroke survivors. Londres. Retrieved from https://www.gerodontology.com/content/uploads/2014/10/stroke_guidelines.pdf

Domínio	Questão	Score A1	Score A2	score Total
Scope and Purpose	The overall objective(s) of the guideline is (are) specifically described	6	7	94,44%
	The health question(s) covered by the guideline is (are) specifically described	7	7	
	The population (patients, public, etc.) to whom the guideline is meant to apply is specifically described	6	7	
Stakeholder Involvement	The guideline development group includes individuals from all relevant professional groups	1	1	30,56%
	The views and preferences of the target population (patients, public, etc.) have been sought	1	1	
	The target users of the guideline are clearly defined	6	7	
Rigour of Development	Systematic methods were used to search for evidence	1	1	15,63%
	The criteria for selecting the evidence are clearly described	1	1	
	The strengths and limitations of the body of evidence are clearly described	3	4	
	The methods for formulating the recommendations are clearly described	1	2	
	The health benefits, side effects, and risks have been considered in formulating the recommendations	3	4	
	There is an explicit link between the recommendations and the supporting evidence	2	4	
	The guideline has been externally reviewed by experts prior to its publication	1	1	
	A procedure for updating the guideline is provided	1	1	
Clarity of Presentation	The recommendations are specific and unambiguous	5	7	66,67%
	The different options for management of the condition or health issue are clearly presented	2	5	
	Key recommendations are easily identifiable	5	6	
Aplicability	The guideline describes facilitators and barriers to its application	5	6	41,67%
	The guideline provides advice and/or tools on how the recommendations can be put into practice.	4	6	
	The potential resource implications of applying the recommendations have been considered	2	3	
	The guideline presents monitoring and/or auditing criteria	1	1	
Editorial Independence	The views of the funding body have not influenced the content of the guideline	1	1	0,00%
	Competing interests of guideline development group members have been recorded and addressed	1	1	
Overall Assessment	Rate the overall quality of this guideline.	2	4	33,33%
				40%

National Collaborating Centre for Acute Care. (2006). *Nutrition support in adults Oral nutrition support, enteral tube feeding and parenteral nutrition*. Londres: Autor. Retrieved from <https://www.nice.org.uk/guidance/cg32>

Domínio	Questão	Score A1	Score A2	score Total
Scope and Purpose	The overall objective(s) of the guideline is (are) specifically described	7	7	100,00%
	The health question(s) covered by the guideline is (are) specifically described	7	7	
	The population (patients, public, etc.) to whom the guideline is meant to apply is specifically described	7	7	
Stakeholder Involvement	The guideline development group includes individuals from all relevant professional groups	7	7	100,00%
	The views and preferences of the target population (patients, public, etc.) have been sought	7	7	
	The target users of the guideline are clearly defined	7	7	
Rigour of Development	Systematic methods were used to search for evidence	7	7	87,50%
	The criteria for selecting the evidence are clearly described	4	6	
	The strengths and limitations of the body of evidence are clearly described	5	6	
	The methods for formulating the recommendations are clearly described	6	7	
	The health benefits, side effects, and risks have been considered in formulating the recommendations	6	7	
	There is an explicit link between the recommendations and the supporting evidence	7	7	
	The guideline has been externally reviewed by experts prior to its publication	7	7	
	A procedure for updating the guideline is provided	5	6	
Clarity of Presentation	The recommendations are specific and unambiguous	7	7	94,44%
	The different options for management of the condition or health issue are clearly presented	6	7	
	Key recommendations are easily identifiable	6	7	
Aplicability	The guideline describes facilitators and barriers to its application	4	4	77,08%
	The guideline provides advice and/or tools on how the recommendations can be put into practice.	5	6	
	The potential resource implications of applying the recommendations have been considered	6	6	
	The guideline presents monitoring and/or auditing criteria	7	7	
Editorial Independence	The views of the funding body have not influenced the content of the guideline	7	7	100,00%
	Competing interests of guideline development group members have been recorded and addressed	7	7	
Overall Assessment	Rate the overall quality of this guideline.	7	7	100,00%
				94%

National Clinical Guideline Centre. (2013). *Stroke Rehabilitation: Long term rehabilitation after stroke*. Londres: Autor. Retrieved from <https://www.nice.org.uk/guidance/cg162/evidence/full-guideline-pdf-190076509>

Domínio	Questão	Score A1	Score A2	score Total
Scope and Purpose	The overall objective(s) of the guideline is (are) specifically described	7	7	
	The health question(s) covered by the guideline is (are) specifically described	7	7	
	The population (patients, public, etc.) to whom the guideline is meant to apply is specifically described	7	7	
Stakeholder Involvement	The guideline development group includes individuals from all relevant professional groups	4	5	100,00 %
	The views and preferences of the target population (patients, public, etc.) have been sought	6	6	
	The target users of the guideline are clearly defined	7	7	
Rigour of Development	Systematic methods were used to search for evidence	7	7	80,56%
	The criteria for selecting the evidence are clearly described	6	7	
	The strengths and limitations of the body of evidence are clearly described	6	7	
	The methods for formulating the recommendations are clearly described	7	7	
	The health benefits, side effects, and risks have been considered in formulating the recommendations	6	7	
	There is an explicit link between the recommendations and the supporting evidence	7	7	
	The guideline has been externally reviewed by experts prior to its publication	7	7	
	A procedure for updating the guideline is provided	6	7	
Clarity of Presentation	The recommendations are specific and unambiguous	5	6	95,83%
	The different options for management of the condition or health issue are clearly presented	6	7	
	Key recommendations are easily identifiable	6	6	
Aplicability	The guideline describes facilitators and barriers to its application	3	4	83,33%
	The guideline provides advice and/or tools on how the recommendations can be put into practice.	4	5	
	The potential resource implications of applying the recommendations have been considered	5	6	
	The guideline presents monitoring and/or auditing criteria	7	7	
Editorial Independence	The views of the funding body have not influenced the content of the guideline	7	7	68,75%
	Competing interests of guideline development group members have been recorded and addressed	7	7	
Overall Assessment	Rate the overall quality of this guideline.	7	7	100,00 %
				90%

ANEXO XI: Resumo do consenso de peritos – ronda 1

Recomendação	Nível de concordância total	Nível de concordância	Observações
Todos os serviços onde são admitidas pessoas com AVC, em fase aguda, devem ter instituído um protocolo de rastreio da disfagia que oriente para a realização o mais rapidamente possível e antes da ingestão de qualquer líquido, alimentos ou medicação, do rastreio da disfagia a todas as pessoas admitidas com diagnóstico (confirmado ou não) de AVC.	100%	100%	Um dos peritos fez uma sugestão de melhoria da redação (questão de forma), que foi incorporada para a versão final.
Os protocolos de rastreio da disfagia devem utilizar instrumentos de rastreio devidamente validados. O <i>Gugging Swallowing Screen (GUSS)</i> , pelas suas propriedades psicométricas, parece ser um instrumento adequado.	92%	100%	Um dos peritos concorda parcialmente: “Pela experiência clínica creio que a GUSS tem algumas lacunas e seria útil o desenvolvimento de um instrumento que pudesse colmatar essas lacunas. No entanto, entre os instrumentos de rastreio validados atualmente disponíveis creio ser o mais indicado”.
Não existe evidência que relacione a aspiração com a dessaturação de oxigénio. A medição da oximetria na identificação da aspiração em pessoas com disfagia após o AVC não é recomendada.	31%	54%	Seis dos peritos não concordam e dois concordam parcialmente. Um dos peritos refere que “a oximetria isolada não é fiável na avaliação de aspiração, porém em conjunto com outros elementos poderá ser complementar”, outro perito refere que “oximetria é recomendada aliada sempre a outros parâmetros de avaliação adicionais”, outro ainda refere que “A oximetria de pulso pode ser utilizada como um elemento adjunto da discriminação da presença de disfagia e da deglutição normal, valores anormalmente baixos podem indicar presença de aspiração, pelo que não deve ser utilizado como indicador único e deve ser contextualizado ao quadro clínico”. Um dos peritos remete um estudo cujo objetivo foi o de identificar os grupos de risco para disfagia orofaríngea em doentes internados (com patologia variada), para sustentar a sua posição, que utiliza a oximetria para rastreio da disfagia orofaríngea (Bassi, et al., 2014). Não tendo sido possível alcançar consenso, foi rejeitada .
O rastreio da disfagia deve ser realizado por terapeuta da fala ou enfermeiro devidamente treinado.	77%	100%	Três dos peritos concordam parcialmente. Um deles refere que: “O terapeuta da fala não deverá ser responsável pelo rastreio, mas sim

			avaliação clínica da deglutição. Poderia ser enfermeiro ou outro profissional de saúde, como por exemplo médico, desde que treinado”. Os dois outros peritos referem que “deve ser incluído o Médico” e “médico também realiza o rastreio na minha unidade, pelo que deve ser contemplado”. Acrescentada à redação e submetida a nova avaliação.
Todos as pessoas que falhem o rastreio ou apresentem outros fatores de risco para disfagia devem ser submetidos a avaliação clínica por profissionais devidamente treinados. Nestes casos, sempre que possível, deve ser dada preferência à realização de avaliação instrumental.	85%	100%	Esta recomendação mereceu uma apreciação de concordância parcial de dois dos peritos, motivo pelo qual não atingiu os 100%. Um dos peritos refere: “Avaliação clínica por terapeutas da fala devidamente treinados. Na minha opinião este é o profissional mais habilitado. Deixando apenas profissional fica em aberto quem deverá realizar avaliação e consequente intervenção. Na frase sobre avaliação instrumental, não concordo com <i>sempre que possível</i> e <i>dada preferência</i> , porque apenas deverá ter indicação para avaliação instrumental, quando há sintomas dúbios ou avaliação clínica não é conclusiva. Como está descrito parece que todos devem fazer avaliação instrumental.” Outro parcial por sugestão de alteração da redação (questão de forma), que foi incorporada.
Devem ser instituídos protocolos de higiene oral que incluam escovagem dos dentes/mucosa oral, hidratação e proteção da boca (lábios e mucosas) e, no caso de disfagia severa, a utilização duas vezes por dia de um anti-séptico (clorhexidina a 0,12%) para enxaguamento da cavidade oral.	82%	100%	Dois dos peritos concordam parcialmente. Um deles refere que “Apesar de algumas recomendações nesse sentido para doentes em UCI existem alguns efeitos adversos do uso do anti-séptico que podem comprometer a eficácia da deglutição”, anexando dois documentos para sustentar a sua argumentação: um deles o “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação, da Direção-Geral da Saúde (Direção-Geral da Saúde, 2015) e uma revisão de literatura classificada como criticamente de baixa qualidade (Pegoraro, Silvestri, Cara, Stefenon, & Mozzini, 2014), que procurou identificar os efeitos adversos do gluconato de clorexidina à 0,12%. Outros dos peritos refere que a recomendação deveria “Considerar incluir a frequência e os momentos em que deve ser realizada essa higiene exemplo sempre após as refeições, ao acordar nos cuidados de higiene diários”.
Todas as pessoas com AVC devem ser rastreados para o risco de malnutrição no momento da admissão (num espaço de 48 horas) e a Ferramenta Universal para Rastreio da Malnutrição	77%	92%	Um dos peritos discorda e dois concordam parcialmente. O perito que discorda remete o Despacho n.º 6634/2018, de 6 de julho de 2018, que identifica, para identificação do risco nutricional o instrumento <i>Nutritional</i>

(MUST) pode ser usada para identificar os doentes que mais provavelmente beneficiarão de terapêutica nutricional.			<i>Risk Screening</i> (NRS2002) para adultos e <i>STRONGkids</i> , para idade pediátrica. Dois peritos remetem o mesmo despacho em concordância parcial. A recomendação foi revista em função deste despacho e submetida a nova apreciação.
Pessoas com deglutição comprometida desnutridas ou em risco de desnutrição deverão receber terapêutica nutricional suplementar através de um plano nutricional individualizado desenvolvido e monitorizado por um nutricionista.	92%	100%	Sugestão de melhoria da redação (questão de forma) que foi incorporada.
A alimentação entérica deverá ser iniciada nos primeiros dias (72 horas) após o AVC, nas pessoas com disfagia severa.	62%	100%	Cinco peritos concordaram parcialmente por considerarem tempo excessivo e propõe alteração da redação. Um deles acrescenta que “O suporte nutricional é sempre individualizado e depende da situação clínica e nutricional. Mas, estou de acordo que esta deve ser introduzida o mais precocemente possível. As 72 horas é um limite de tempo excecionalmente longo. Dependendo de alguns fatores relacionados com a clínica e tipo de AVC (hemorrágico ou não hemorrágico) as condições prévias do doente e a sua situação nutricional são determinantes na introdução do suporte nutricional via entérica”. Foi reformulada a recomendação e submetida a nova apreciação.
A sonda nasogátrica (SNG) deve ser usada por curtos períodos de tempo (até um mês) para suporte nutricional em pessoas que não deglutam de forma segura.	85%	100%	Concordância parcial de dois dos revisores: “Apologista da SNG, no entanto um mês parece-me um curto período de tempo dadas as intercorrências que surgem pós AVC, alargaria no máximo para 2 meses” e “O racional não é o tempo que deve estar a sonda, mas sim a sua remoção o mais precocemente possível garantindo a segurança e a monitorização da situação”.
Sendo expectável a necessidade de alimentação entérica por um período superior a um mês, deve ser realizada gastrostomia endoscópica percutânea (PEG) para introdução de sonda para alimentação.	85%	100%	Concordância parcial de dois dos revisores: “Adepta da PEG, no entanto com alargamento de prazo para 2 meses, sendo que tal depende do contexto clínico e do consentimento do próprio e/ou representante legal” e “Essa será a regra. Mas, a situação clínica do doente e a sua situação nutricional podem determinar outro tipo de suporte nutricional. O suporte nutricional parentérico nunca está excluído em circunstâncias em que o

			doente esteja com grau severo de desnutrição que comprometa a evolução e desfecho positivo da doença e doente”.
A intervenção comportamental, onde se incluem as estratégias compensatórias (modificação das consistências alimentares e viscosidade de líquidos, técnicas posturais e técnicas deglutórias) e de reabilitação (exercícios de fortalecimento muscular, resistência ou treino de habilidades), deve ser considerada como componente do tratamento da pessoa com disfagia.	92%	92%	Um dos peritos não concordou com o termo “intervenção comportamental” e remeteu, para fundamentar a sua opinião, uma revisão sistemática da literatura cujo objetivo foi de identificar o impacto das intervenções comportamentais para a disfagia em indivíduos saudáveis (Wheeler-Hegland, et al., 2009), definindo, como referência secundária, intervenções comportamentais como intervenções que incluem modificações posturais, manipulação física, estimulação elétrica e tátil, exercícios orofaciais e modificações alimentares. A referência utilizada não faz qualquer referência à definição do que são intervenções comportamentais (Hind, Nicosia, Roecker, Carnes, & Robbins, 2001), pelo que não se encontrou fundamentação para alterar a denominação. Admite-se a existência de divergências ao longo da literatura, reconhecidas como uma das dificuldades na sistematização da abordagem à pessoa com disfagia pós-AVC (Dziewas, et al., 2017).
O aumento da viscosidade dos líquidos reduz o risco de aspiração, no entanto os líquidos espessados aumentam o risco de resíduo pós-deglutório oral e faríngeo. A modificação de consistências alimentares e o uso de espessantes apenas devem ser prescritos após avaliação clínica e/ou instrumental. A avaliação deve ser repetida em intervalos regulares.	100%	100%	
O uso de espessantes diminui a ingestão de líquidos. Líquidos espessados devem ser utilizados em pessoas com disfagia para líquidos, no entanto, a ingestão de líquidos deve ser rigorosamente monitorizada devido ao risco de ingestão insuficiente de líquidos.	100%	100%	
Mesmo com modificações das consistências alimentares e da viscosidade dos líquidos, as pessoas com disfagia apresentam risco acrescido de desnutrição, desidratação e pneumonia. Devem, por isso, ser rigorosamente monitorizados para estas complicações.	100%	100%	

Antes de iniciar a intervenção comportamental para tratamento da disfagia, todas as pessoas devem ser submetidas a avaliação clínica (preferencialmente instrumental). Durante o tratamento devem ser periodicamente reavaliadas, em função da evolução clínica.	92%	92%	Pelos mesmo motivos antes evocados em outras recomendações, um dos peritos refere discordar da necessidade de avaliação instrumental e da terminologia “intervenção comportamental”.
A presença de SNG não agrava a disfagia e por isso não é um obstáculo à intervenção terapêutica. Assim, a intervenção terapêutica deve ser iniciada o mais precocemente possível.	61%	100%	Nenhum dos peritos discordou da recomendação, no entanto cinco concordaram parcialmente: “concordo que uso SNG não deverá ser obstáculo ao início da intervenção precoce, pelo contrário, mas referir que não agrava, não concordo. Isto porque por aspetos sensoriais e de desconforto do utente trás modificações ao percurso do bolo alimentar e controlo volitivo da deglutição”. Foram feitas igualmente sugestões de alteração à redação que foram incorporadas.
O exercício de elevação da cabeça (manobra de Shaker) tem efeitos favoráveis a longo prazo e deve ser usado no tratamento da disfunção do esfíncter esofágico superior.	61%	61%	Cinco peritos não concordaram. Um deles alegou que, “Não é realizada por rotina avaliação instrumental da deglutição que permita desenhar programas terapêuticos adequados. Raramente são feitos e quando são pedidos os doentes chegam a demorar meses para fazer o exame.” Foi por isso rejeitada.
O exercício de flexão da cabeça deve ser usado em doentes com escape oral posterior e aspiração pré-deglutória.	69%	69%	Quatro peritos não concordaram. Um deles refere que “Apesar de na maioria dos casos ter bom resultado, não há evidência da eficácia desta técnica postural no doente com AVC”. A referir que Burgos et al. (2018) apresentam a síntese da evidência que suporta esta recomendação. Outro dos peritos acrescenta que não havendo avaliação instrumental, as recomendações específicas devem ser feitas a partir de uma avaliação clínica e só depois eventualmente incorporadas no plano terapêutico”. Foi por isso rejeitada.
A realização sistemática de diferentes exercícios e manobras, previstos num plano terapêutico individualizado e ajustado à condição clínica, é recomendada em pessoas com disfagia.	92%	100%	Um dos peritos concordou parcialmente referindo que “Uma vez que não há evidência para a maioria das técnicas utilizadas no doente com AVC poderemos mencionar que é o conjunto que tem resultado. Penso que o reforço da vital importância da intervenção por profissional de terapia da fala qualificado é suficiente”. Outro dos peritos, concordando na totalidade, refere que “o plano terapêutico deve ficar registado em

			processo clínico para que a equipa o possa executar de forma articulada e integrada”.
Devem ser incorporados no plano terapêutico os princípios da neuroplasticidade.	85%	92%	Um dos peritos concordou parcialmente, tendo feito uma sugestão de alteração da redação que foi incorporada. Outro dos peritos refere que não concorda uma que “para mim enquanto terapeuta da fala esta recomendação acaba por ser redundante”.
A acupuntura pode ser considerada como tratamento adjuvante para a disfagia.	69%	85%	Dois dos peritos não concordam: um deles refere desconhecer o uso da acupuntura no tratamento da disfagia, outro refere “Apesar de ser uma área de investigação recente, os resultados ainda carecem de mais evidência e de RCT”. Dois dos peritos concordam parcialmente, referindo que os profissionais que a executam devem ser especialmente treinados para este efeito, o que se entendeu não contrariar a recomendação, apenas reforçar e que deveria ficar expressa na mesma. Tal foi incorporado na redação e submetido a nova apreciação.
É incerto o benefício do tratamento farmacológico, da estimulação elétrica neuromuscular, da estimulação elétrica faríngea, da estimulação elétrica transcraniana e da estimulação magnética transcraniana, pelo que o seu uso não é recomendado.	46%	85%	Cinco peritos concordaram parcialmente e dois não concordaram. O ponto de divergência nesta recomendação sobre relativamente ao uso da EEN. Um dos peritos não concorda porque refere ter benefícios e sustenta a sua opinião com um estudo que se encontra referenciado na revisão sistemática da <i>Cochrane Collaboration</i> (Bath, Sean, & Everton, 2018) mas que não foi incluído para revisão uma vez que a publicação não continha dados relevantes que permitissem a sua inclusão, estando por isso, à data da publicação, ainda em processo de recuperação de dados relevantes para a sua análise e referindo que “Para estimulação elétrica neuromuscular existe um conjunto de evidência já bem sustentado”. Outro dos peritos não concorda porque refere que “o seu uso é recomendado nas disfagias, no entanto carece de avaliação individual clínica”. Dos que concordam parcialmente, um dos peritos refere que não havendo contraindicação que a EEN esta deverá ser considerada. Outro perito refere que há grande variabilidade nos protocolos e que os resultados não são unânimes pelo que o seu uso deverá, acima de tudo, ter em conta as contraindicações. E três peritos referem que deve ser considerada.

			Na opinião dos peritos, apenas a EEN parece colher alguma aceitação, sob avaliação e monitorização clínica rigorosa. Nesse sentido, separaram-se as duas recomendações e submeteram-se novamente á apreciação dos peritos.

ANEXO XII: Resumo do consenso de peritos – ronda 2

Recomendação	Nível de concordância total	Nível de concordância	Observações
O rastreio da disfagia deve ser realizado por enfermeiro, médico ou terapeuta da fala devidamente treinado.	91%	100%	Sugestão de alteração de redação: O rastreio da disfagia deve ser realizado por profissional de saúde devidamente treinado
Todas as pessoas com AVC devem ser rastreadas para o risco de desnutrição até às 48 horas de internamento (idealmente nas primeiras 24 horas), com recurso ao Nutritional Risk Screening 2002 (NRS 2002). A sua aplicação pode ser realizada pelo enfermeiro, médico ou nutricionista. Todas as pessoas em risco devem ser referenciadas para o nutricionista. A avaliação e intervenção do nutricionista deve ser realizada num período máximo de 24 horas.	100%	100%	
A alimentação entérica deverá ser iniciada logo que clinicamente possível, após o AVC, nas pessoas com disfagia severa.	91%	100%	Um dos peritos concorda parcialmente justificando para as duas recomendações que: “Na redação final recomenda-se a definição/clarificação da expressão “cl clinicamente possível” no sentido de orientar claramente e inequivocamente o profissional de saúde”.
A presença de SNG não é contraindicação à intervenção terapêutica pelo que esta deve ser iniciada o mais precocemente possível.	91%	100%	
A acupuntura pode ser considerada como tratamento adjuvante para a disfagia (ficando salvaguardada a sua realização por profissionais devidamente qualificados e especialmente treinado para estas técnicas).	82%	82%	Dois peritos não responderam.
É incerto o benefício do tratamento farmacológico, da estimulação elétrica faríngea, da estimulação elétrica transcraniana e da estimulação magnética transcraniana, pelo que o seu uso não é recomendado.	91%	91%	Um dos peritos não concorda pois tem benefícios como técnica adjuvante, sendo a avaliação do caso fundamental, devido às contraindicações clínicas
É incerto o benefício da estimulação elétrica neuromuscular. Desde que não haja contraindicação clínica, e apesar de não	91%	91%	Um dos peritos não concorda pois refere existirem estudos que evidenciam benefícios no uso da estimulação elétrica

existir evidência que explicita o seu uso, é razoável esta estratégia ser considerada como opção terapêutica adjuvante.			neuromuscular. Remete quatro artigos sendo que dois deles estão já incluídos na revisão da <i>Cochrane Collaboration</i> Xia, et al.(2011) e Terré & Mearin (2015) e os outros dois artigos referem-se ao estudo do efeito da estimulação elétrica neuromuscular associada com outras técnicas: a deglutição forçada e biofeedback eletromiográfico (Park, Hwang, Kim, Lee, & Jung, 2019) e a deglutição forçada com a estimulação elétrica neuromuscular (Park, Oh, Hwang, & Lee, 2016), pelo que o efeito isolado da intervenção é impossível de determinar. Por este motivo não foram submetidos a apreciação da qualidade metodológica.

ANEXO XIII: Modelo da grelha de registo para observação participante do estudo de IA

GRELHA DE OBSERVAÇÃO/NOTAS DE CAMPO¹

Identificação do Enfermeiro²: _____ Data da observação: ____/____/2019

Os princípios orientadores da observação participante são os seguintes:

- a) o ambiente - onde ocorre a atividade e aspetos relevantes do ambiente;
- b) os participantes – quem está presente, quais os seus papéis e quem tem acesso;
- c) as atividades desenvolvidas – o que está a ser feito, como comunicam e com que frequência comunicam;
- d) frequência e duração da atividade – quando começa e termina a atividade, com que frequência se repete;
- e) processo - como está a atividade organizada e;
- f) resultados – porque a atividade está a acontecer dessa maneira, quais os resultados.

OBSERVAÇÃO DURANTE A ADMISSÃO DA PESSOA COM AVC RELATIVAMENTE À AVALIAÇÃO INICIAL DO FOCO DEGLUTIÇÃO

- a) o ambiente (onde é feita a avaliação inicial?):
- b) os participantes (quem faz? EEER, enfermeiro de cuidados gerais, outro profissional?):
- c) as atividades desenvolvidas (que instrumentos são utilizados? que estratégias são utilizadas para estratificar o risco de compromisso na deglutição?):
- d) frequência e duração da atividade (quanto tempo depois da admissão? quanto tempo dura a avaliação?):
- e) processo (quais os procedimentos realizados/instituídos para a avaliação do foco deglutição? os profissionais atuam de acordo com o procedimento previamente instituído? qual o racional subjacente à tomada de decisão?):
- f) resultados (registo? comunicação/encaminhamento interno a outro profissional? efeitos do resultado da avaliação? quem confirma diagnóstico de disfagia?):

¹ Os princípios apresentados servirão apenas para orientação durante a observação, não se esgotando. O observador poderá acrescentar toda a informação que no contexto da observação considere relevante para este foco de atenção.

² A identificação dos profissionais é codificada, por exemplo E1, E2, e assim sucessivamente.

OBSERVAÇÃO DURANTE A ALIMENTAÇÃO DA PESSOA COM ALTERAÇÕES DA DEGLUTIÇÃO

a) o ambiente (onde fazem a refeição? tipo de estímulos – sonoros, visuais...?):

b) os participantes (quem assiste/apoia/supervisiona? tipo de ajuda?):

c) as atividades desenvolvidas (manobras compensatórias – posturais, deglutórias? estratégias adaptativas – dietéticas, ajudas técnicas? posicionamento do profissional? tipo de comunicação estabelecida? posicionamento da pessoa durante a após a refeição?):

d) frequência e duração da atividade (quanto tempo dura a refeição? frequência das refeições?):

e) processo (quais os procedimentos realizados/instituídos para a alimentação da pessoa com alterações da deglutição? os profissionais atuam de acordo com o procedimento previamente instituído? qual o racional subjacente à tomada de decisão?):

f) resultados (registo? comunicação a outros profissionais? continuidade de cuidados?):

Outras observações de relevo:

OBSERVAÇÃO DURANTE A HIGIENE ORAL DA PESSOA COM ALTERAÇÕES DA DEGLUTIÇÃO

a) o ambiente (onde é realizada? tipo de estímulos – sonoros, visuais...?):

b) os participantes (quem assiste/apoia/supervisiona? tipo de ajuda?):

c) as atividades desenvolvidas (procedimentos – tipo de escovagem, equipamentos utilizados, colutórios, desinfetantes, etc? estratégias adaptativas – ajudas técnicas? posicionamento do profissional? tipo de comunicação estabelecida? posicionamento da pessoa?):

d) frequência e duração da atividade (quanto tempo dura a higiene? frequência com que é feita?):

e) processo (quais os procedimentos realizados/instituídos para a higiene oral da pessoa com alterações da deglutição? os profissionais atuam de acordo com o procedimento previamente instituído? qual o racional subjacente à tomada de decisão?):

f) resultados (registo? comunicação a outros profissionais? continuidade de cuidados?):

Outras observações de relevo:

OBSERVAÇÃO DURANTE A MONITORIZAÇÃO DA EVOLUÇÃO DA PESSOA COM ALTERAÇÕES DA
DEGLUTIÇÃO

- a) o ambiente (onde é feita a avaliação da evolução – enfermaria, em consulta?):
- b) os participantes (quem faz? EEER, enfermeiro de cuidados gerais, outro profissional?):
- c) as atividades desenvolvidas (que instrumentos/estratégias/procedimentos são utilizados? que estratégias são utilizadas para estratificar o risco/evolução da capacidade de deglutição?):
- d) frequência e duração da atividade (com que frequência? quanto tempo depois da primeira avaliação? quanto tempo dura a avaliação?):
- e) processo (quais os procedimentos realizados/instituídos para a avaliação da evolução do compromisso na deglutição? os profissionais atuam de acordo com o procedimento previamente instituído? qual o racional subjacente à tomada de decisão?):
- f) resultados (registo? comunicação/encaminhamento interno a outro profissional? efeitos do resultado da avaliação? continuidade de cuidados?):

Outras observações de relevo:

OBSERVAÇÃO DURANTE A PREPARAÇÃO PARA A ALTA DA PESSOA COM ALTERAÇÕES DA DEGLUTIÇÃO

a) o ambiente (onde é feita – enfermaria, em consulta?):

b) os participantes (quem faz? EEER, enfermeiro de cuidados gerais, outro profissional? Participação do cuidador informal? família?):

c) as atividades desenvolvidas (que instrumentos/estratégias/procedimentos são utilizados?):

d) frequência e duração da atividade (quando começa a preparação para a alta? com que frequência é feita? quanto tempo depois da admissão? quanto tempo antes da alta revista? quanto tempo dura?):

e) processo (quais os procedimentos realizados/instituídos para a preparação para a alta? os profissionais atuam de acordo com o procedimento previamente instituído? qual o racional subjacente à tomada de decisão?):

f) resultados (registo? comunicação/encaminhamento interno a outro profissional? como garantem continuidade de cuidados?):

Outras observações de relevo:

Notas de Campo

ANEXO XIV: Lista de verificação da auditoria clínica do PMCQCE

**ANEXO XV: Instrumento de caracterização sociodemográfica dos
participantes enfermeiros do estudo de IA**

Idade: _____ anos Género: Feminino ☐ Masculino ☐

Tempo total de exercício na profissão de enfermagem: _____ anos completos

Tempo total no serviço atual: _____ anos completos

Detém o título profissional de Enfermeiro Especialista?	SIM ☐ Se sim, qual?	Enfermagem Comunitária ☐
		Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica ☐
		Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica ☐
		Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica ☐
		Enfermagem Médico-Cirúrgica ☐
		Enfermagem de Reabilitação ☐

NÃO ☐

Se detém o título profissional de enfermeiro especialista, exerce as funções inerentes ao mesmo?

NÃO ☐

SIM ☐ Se sim, especifique há quanto tempo
Anos completos: _____

Muito obrigada pela sua participação!

ANEXO XVI: Modelos dos consentimentos informados dos participantes do estudo

**CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO
PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO**

DE ACORDO COM A DECLARAÇÃO DE HELSÍNQUIA¹ E A CONVENÇÃO DE OVIEDO²

*Este documento, designado **Consentimento, Informado, Esclarecido e Livre**, contém informação importante em relação ao estudo para o qual foi como convidado a participar. Por favor, leia com atenção este documento. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, por favor, assine.*

Isabel de Jesus Oliveira, enfermeira, professora adjunta da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa e na qualidade de investigadora responsável, a realizar um trabalho de investigação intitulado "Sistematização da abordagem terapêutica à pessoa com AVC e alterações da deglutição", vem solicitar a sua colaboração neste estudo. Informo que a sua participação é voluntária, podendo desistir a qualquer momento sem que por isso venha a ser prejudicado nos cuidados de saúde prestados; informo ainda que a sua privacidade será respeitada, todos os dados recolhidos serão confidenciais e não serão fornecidas quaisquer compensações. O objetivo deste estudo é o de avaliar a qualidade e tipo de registos que os enfermeiros fazem sobre as intervenções de enfermagem direcionadas à disfagia (dificuldade em engolir) em doentes com AVC. Os dados a recolher são: os diagnósticos de enfermagem registados, as intervenções de enfermagem registadas e os resultados das intervenções registadas. Não serão recolhidos quaisquer outros dados de natureza clínica ou qualquer tipo de dados que o identifiquem. Os dados serão recolhidos por co-investigadoras do serviço e entregues à investigadora principal de forma totalmente anonimizada. Não existem riscos inerentes a este processo, uma vez que se trata de uma recolha de dados documental, não havendo qualquer tipo de intervenção clínica. Espera-se que este estudo permita uma melhoria nos registos realizados ao nível dos processos clínicos pelos enfermeiros. Em caso de qualquer dúvida, a investigadora principal poderá ser contactada através do número: 962 335 561

Assinatura do investigador: _____

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Nome: _____

Assinatura do participante/representante legal: _____

Data: ____/____/____

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 1 PÁGINA E FEITO EM DUPLICADO: ORIGINAL PARA O INVESTIGADOR, DUPLICADO PARA A PESSOA QUE CONSENTE

¹ http://portal.unesco.org/unesco/files/unesco/portal/AR/ES/Declara%C3%A7%C3%A3o%20de%20Hels%C3%ADnquiadeOviedo_2008.pdf

² http://www.unesco.org/unesco/files/unesco/portal/AR/ES/Declara%C3%A7%C3%A3o%20de%20Hels%C3%ADnquiadeOviedo_2008.pdf



Escola Superior de Saúde Nome
CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela/a investigador/a.

Nome: _____

Assinatura do participante/representante legal: _____

Data: __/__/____

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 2 PÁGINAS E FEITO EM DUPLICADO: ORIGINAL PARA O INVESTIGADOR, DUPLICADO PARA A PESSOA QUE CONSENTE

**ANEXO XVII: Autorização para a realização do estudo de IA da Comissão de
Ética e do Conselho de Administração do CMRRC - RP**

Ex.mo(s) Senhora

Dra. Isabel de Jesus Oliveira

Sua referência

Sua comunicação de

Data

Nossa referência

25.03.2019

Assunto: *"Sistematização de abordagem terapêutica à pessoa com AVC com alterações da deglutição"*

No exercício das suas competências, a CES do CMRRC-RP, vem por este meio dar-lhe conhecimento que, em acordo com os estabelecido na lei e nos códigos deontológicos, delibera por unanimidade emitir parecer favorável à proposta de estudo na sua 1ª fase sobre a investigação em causa, *"Sistematização de abordagem terapêutica à pessoa com AVC com alterações da deglutição"*, que a investigadora Isabel de Jesus Oliveira pretende efectuar no CMRRC-RP.

Informa ainda, que esta autorização fica condicionada à correção formal do Ponto 8, alínea c) do "Protocolo": a CES entende que há risco de violação da privacidade do doente mas também que no próprio "Protocolo" estão já mencionadas as medidas a tomar para assegurar a confidencialidade.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente da Comissão de Ética para a Saúde


(Dr. Filipe Duarte Vieira Carvalho)

Isabel Oliveira

De: Secretariado <secretariado@roviscopais.min-saude.pt>
Enviado: 3 de junho de 2019 15:50
Para: ijoliveira12@gmail.com
Assunto: Estudo em "Sistematização de abordagem terapêutica à pessoa com AVC com alterações da deglutição"

Ex.ma Sra Dra Isabel Oliveira

Encarrega-me o Senhor Enfermeiro Diretor Luis Pratas de informar que foi autorizado pelo Conselho de Administração, a realização do Estudo solicitado.

Com os melhores cumprimentos,

Sónia Oliveira

Secretariado do Conselho Diretivo



Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro - Rovisco Pais

Quinta da Fonte Quente, Ináncios | 3060-673 TOCHA, PORTUGAL

Tel (+351) 231 440 900 | Fax (+351) 231 442 209

www.roviscopais.min-saude.pt

PENSE ANTES DE IMPRIMIR



ANEXO XVIII: Planeamento das tarefas do PMCQCE

Ação 1

Objetivo	Elaborar plano de formação contínua
Quem	Enfermeiro gestor
Como	Definição da calendarização das sessões de formação para enfermeiros de cuidados gerais e especialistas em Enfermagem de Reabilitação, assegurando que todos os enfermeiros do serviço participam em pelo menos uma sessão
Quando	Setembro de 2019
Avaliação	Não aplicável
Duração	uma semana
Resultado	Plano de formação contínua

Ação 2

Objetivo	Implementar as estratégias educacionais
Quem	Investigadora/grupo para a mudança
Como	Sessões de formação com recurso a uma metodologia participativa construindo um quadro de referência quer através da exposição, quer da reflexão e análise de casos concretos do serviço; Elaboração de material educacional com síntese da evidência e disponibilizar à equipa; Inclusão das questões relacionadas com a documentação das práticas na formação já planeada;
Quando	Setembro a dezembro de 2019
Avaliação	Indicador 1
Duração	três meses
Resultado	Equipa capacitada para a abordagem á pessoa com deglutição comprometida; Melhoria da documentação das práticas.

Ação 3

Objetivo	Melhorar práticas documentais dos enfermeiros
Quem	Grupo para a mudança
Como	Trabalho de parceria com o grupo local para os sistemas de informação e implementação de estratégias de capacitação dos enfermeiros para melhores práticas documentais
Quando	setembro de 2019 a março de 2020
Avaliação	Indicador 2
Duração	sete meses
Resultado	Melhoria nas práticas documentais

Ação 4

Objetivo	Elaborar roteiro clínico
Quem	Grupo para a mudança e investigadora
Como	Partindo da análise dos resultados da primeira fase do projeto e das recomendações clínicas elaboradas desenvolver o roteiro clínico ajustado ao contexto
Quando	janeiro de 2020
Avaliação	Não aplicável
Duração	Um mês
Resultado	Roteiro clínico

Ação 5

Objetivo	Assegurar funcionamento do grupo para a mudança
Quem	Investigadora/Grupo para a mudança
Como	Reuniões periódicas entre a investigadora e o grupo com avaliação das dificuldades e esclarecimento de dúvidas resulte do processo de mentoria/supervisão entre pares
Quando	julho 2019 a maio de 2020
Avaliação	Não aplicável
Duração	onze meses
Resultado	Efetiva no processo de mentoria/supervisão de pares e influência nas atitudes e comportamentos da equipa

Ação 6

Objetivo	Auditar implementação do projeto
Quem	Grupo para a mudança
Como	Aplicação da <i>checklist</i> de auditoria
Quando	abril de 2020
Avaliação	Indicador 2
Duração	uma semana
Resultado	Evidência da sistematização das práticas

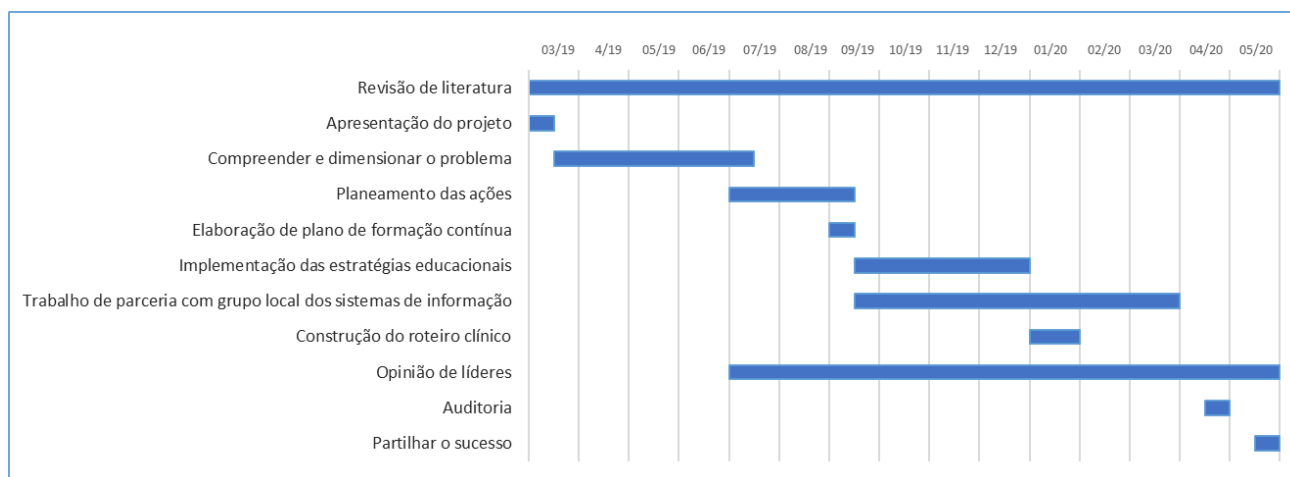
Ação 7

Objetivo	Apresentar resultados à equipa
Quem	Grupo para a mudança
Como	Em reunião de serviço
Quando	maio de 2020
Avaliação	Não aplicável
Duração	Uma semana
Resultado	Partilha do sucesso/motivação da equipa

INDICADORES

Indicador	Cálculo	Meta
1-Taxa de concretização da formação	(número de sessões realizadas/número de sessões planeadas) *100	100%
2-Taxa de inconformidades	(número de não conformidades/número total de atividades auditadas) *100	<15%

CRONOGRAMA DAS ATIVIDADES



ANEXO XIX: Roteiro clínico

1. FINALIDADE/OBJETIVO

Definir metodologias e orientações na abordagem à pessoa com compromisso na deglutição após AVC.

Promover a uniformização das práticas profissionais.

Promover melhoria do processo documental.

2. ÂMBITO

Pessoas internadas com diagnóstico clínico de AVC.

3. RESPONSABILIDADES

Enfermeiro gestor, grupo dinamizador do projeto e Direção Clínica: manter documento atualizado e divulgado por toda a equipa de enfermagem.

Enfermeiro gestor: contemplar no Plano de Formação Anual formação específica nesta área.

Enfermeiro de referência da pessoa internada: assegurar a documentação do processo clínico de acordo com o procedimento.

Grupo dinamizador do projeto: realizar auditoria periódica, pelo menos 1 por semestre e propor correções e sugestões de melhoria.

4. CONCEITOS

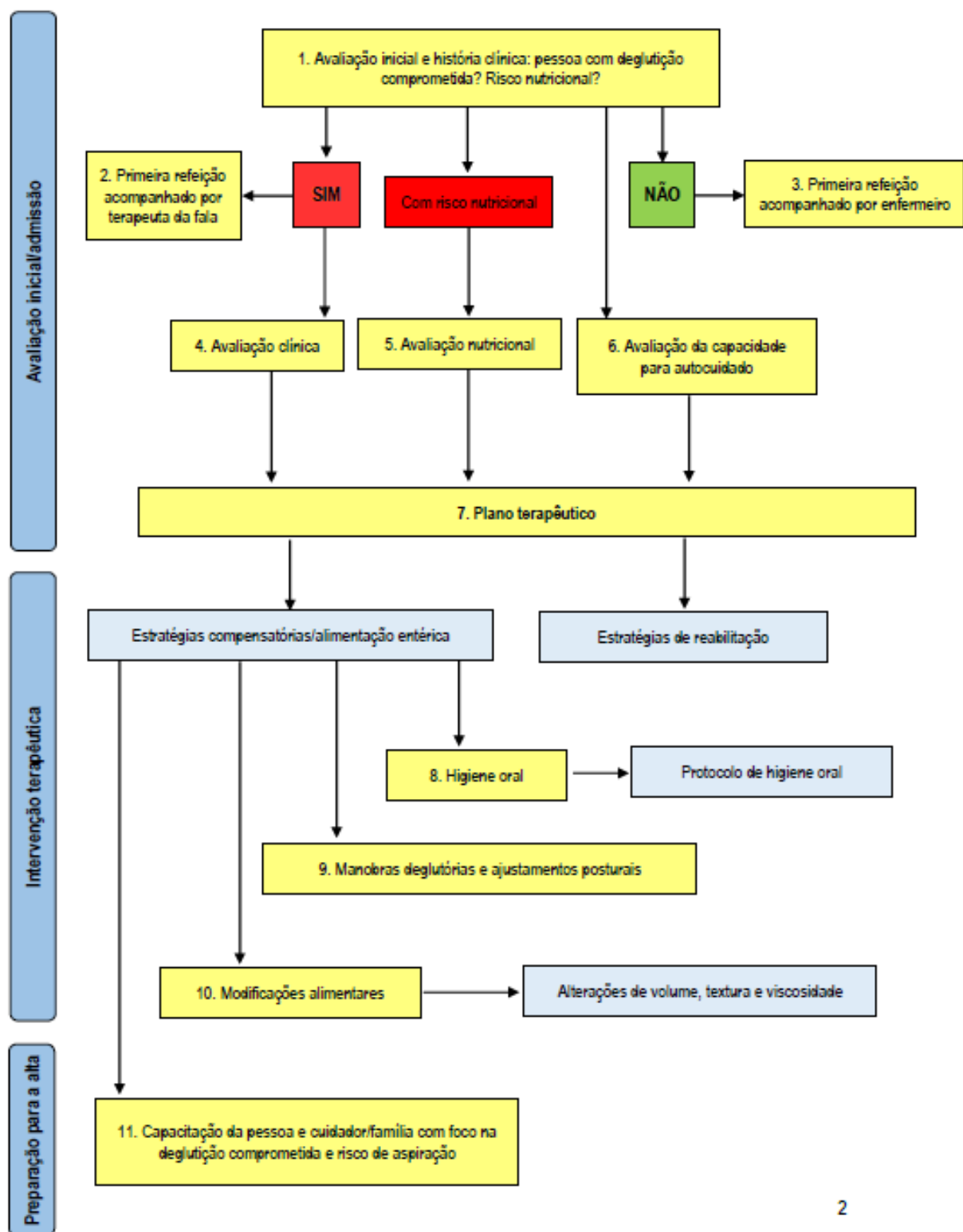
Cuidados de enfermagem: são as intervenções autónomas ou interdependentes a realizar pelo enfermeiro no âmbito das suas qualificações profissionais.

Deglutição comprometida: estado julgado como negativo, alterado, comprometido ou ineficaz da capacidade de deglutir (comer ou beber: passagem dos líquidos e dos alimentos fragmentados, pelo movimento da língua e dos músculos, da boca para o estômago através da orofaringe e esófago).

5. BIBLIOGRAFIA FUNDAMENTAL

- Bath, P., Sean, H., & Everton, L. (2018). Swallowing therapy for dysphagia in acute and subacute stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(10), CD000323. doi:10.1002/14651858.CD000323.pub3
- Burgos, R., Bretón, I., Cereda, E., Desport, J., Dziewas, R., Genton, L., . . . Bischoff, S. (2018). ESPEN guideline clinical nutrition in neurology. *Clinical Nutrition*, 37(1), 354-396. doi:10.1016/j.clnu.2017.09.003
- Oliveira, I.J. et al. (2020). Recomendações clínica na abordagem à pessoa com disfagia após o AVC. (no prelo)
- Powers, W. J., Rabinstein, A. A., Ackerson, T., Adeoye, O. M., Bambakidis, N. C., Becker, K., . . . Tirschwell, D. L. (2018). 2018 Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke - A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, 49(3), e46-e110. doi:10.1161/STR.0000000000000158

Roteiro clínico para avaliação e intervenção terapêutica na pessoa com deglutição comprometida após o AVC



INSTRUÇÕES

1. Realização da avaliação inicial pelo enfermeiro e médico na consulta/admissão com utilização de instrumentos de rastreio (por exemplo o **Gugging Swallowing Screen - GUSS**) ou dados da história clínica. Documentação da avaliação inicial (incluindo preferências alimentares, alergias, hábitos). Rastreio nutricional a todas as pessoas (Despacho n.º 6634/2018, de 6 de julho), através do **Nutritional Risk Screening 2002 (NRS 2002)**, disponível na plataforma SClinico Hospitalar, a ser realizado pelo enfermeiro no momento da admissão.

2 e 3. A identificação de sinais clínicos de compromisso da deglutição ou rastreio positivo determinam que a pessoa deva ser acompanhada na primeira refeição por terapeuta da fala. Se o rastreio for negativo ou não existirem sinais clínicos de compromisso da deglutição ou ainda se a pessoa não tiver história de deglutição comprometida a primeira refeição deve ser acompanhada por enfermeiro para observação da deglutição de consistências mistas. No caso de, durante esta primeira refeição, serem observados sinais de compromisso na deglutição, a pessoa deve ser encaminhada de acordo com o ponto 4.

4. Encaminhamento pelo médico para avaliação clínica por terapeuta da fala.

5. Encaminhamento pelo enfermeiro para nutricionista para avaliação das pessoas identificadas com risco nutricional através do **NRS-2002**.

6. Avaliação de enfermagem com foco na capacidade para o autocuidado comer e beber e risco de aspiração.

7. O resultado da avaliação inicial deve ser documentado no processo clínico da pessoa, bem como o plano terapêutico, incluindo as modificações alimentares (volume, textura e viscosidade), estratégias compensatórias e de reabilitação e intervenções planeadas para dar resposta às necessidades específicas da pessoa.

8. Protocolo de higiene oral:

- ✓ em doentes disfágicos a higiene oral deve ser realizada usando aspiração ou escova de dentes que aspire e deve ser usada uma quantidade mínima de pasta de dentes para evitar a formação de espuma que possa ser aspirada.
- ✓ a higiene oral deve ser realizada com o doente posicionado a 90º e cabeça ligeiramente fletida.
- ✓ **pessoa com dentição natural**: escovagem dos dentes com escova e pasta fluoretada pelo menos 2 vezes por dia (de manhã e à noite) e, nas pessoas com disfagia severa, bochecho com clorhexidina a 0,2%, duas vezes por dia, durante os primeiros 15 dias de internamento. Após este período passa a bochecho com colutório de composto fenólico.
- ✓ **pessoa sem dentição**: remover próteses dentárias (se existirem), escovagem da mucosa oral com escova de dentes pequena e macia molhada em água, pelo menos 2 vezes por dia (de manhã e à noite) e, nas pessoas com disfagia severa, bochecho com clorhexidina a 0,2%, duas vezes

por dia, nos primeiros 15 dias de internamento. Após este período passa a bochecho com colutório de composto fenólico.

- ✓ **cuidados com as próteses:** devem ser enxaguadas após todas as refeições e escovadas duas vezes por dia para remoção de restos alimentares, sob água corrente e com desinfetante (cloroheixidina). Devem ser removidas para dormir e colocadas durante a noite numa solução desinfetante (tipo Polident para próteses em plástico e em cloroheixidina a 0,2% para próteses com partes metálicas).
- ✓ **lábios e mucosa oral:** manter limpos e hidratados.

9. Ter em particular atenção:

- ✓ a pessoa deve ser alimentada/alimentar-se na posição de sentado e manter essa posição durante 30 minutos após a refeição;
- ✓ reduzir estímulos visuais e auditivos durante as refeições (televisão apagada, telemóveis desligados, entre outros);
- ✓ quem assiste a pessoa na alimentação deve posicionar-se de modo a que a pessoa mantenha a cabeça em posição neutra (prevenir a extensão da cabeça);
- ✓ não usar palhas ou seringas de alimentação para a alimentação oral;
- ✓ utilizar copo com abertura nasal ou taças de abertura larga para impedir a extensão da cabeça;
- ✓ promover rotação da cabeça para o lado afetado e inclinação lateral da cabeça para o lado não afetado durante a alimentação;
- ✓ equacionar a utilização de manobras deglutorias (deglutição forçada e deglutição dupla).

10. As modificações da consistência alimentar e espessamento de líquidos não previnem a aspiração pelo que as pessoas submetidas a um regime dietético com modificações alimentares devem ser cuidadosamente monitorizadas, quer do ponto de vista nutricional, quer do ponto de vista clínico (respiratório).

11. É elaborado, em parceria com a pessoa, cuidador e/ou família, o plano terapêutico para a alta.