escola superior de enfermagem de coimbra

MESTRADO EM ENFERMAGEM

REABILITAÇÃO

“A pessoa com compromisso na deglutição por paresia facial central pós-Acidente Vascular Cerebral – desenvolvimento de um programa de enfermagem de reabilitação”

Maribel Fernandes Mendes Pinto

Coimbra, outubro de 2022

escola superior de enfermagem de coimbra

MESTRADO EM ENFERMAGEM

REABILITAÇÃO

“A pessoa com compromisso na deglutição por paresia facial central pós-Acidente Vascular Cerebral – desenvolvimento de um programa de enfermagem de reabilitação”

Maribel Fernandes Mendes Pinto

Orientador: Mestre, Carlos Alberto Cruz Oliveira, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Co-orientador: Mestre, Hugo Leiria Neves, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra para a obtenção de grau de Mestre em Enfermagem de Reabilitação

Coimbra, outubro de 2022

AGRADECIMENTOS

Aos professores orientadores desta dissertação de mestrado por toda orientação, incentivo e disponibilidade. Um apreço especial ao Professor Carlos Oliveira por ter lançado o desafio a concretizar este percurso académico, e por todo o acompanhamento facultado, e ao Professor Hugo Neves pela forma como transmite o seu conhecimento, juntamente com amabilidade, reforço positivo, paciência no esclarecimento de dúvidas e apoio na construção de todo o percurso de investigação.

Aos meus colegas de serviço pelo incentivo e participação na consecução deste trabalho.

Por último, à minha Família, base e pilar de tudo, pela sua presença, apoio constante, mesmo por alguns momentos roubados.

RESUMO

Introdução: O AVC constitui uma das principais causas de morte e incapacidade a nível mundial. Das alterações decorrentes do AVC, destacam-se o compromisso da deglutição e a Paresia Facial Central. Estes dois tipos de afeções, ocorrem, na maioria das vezes, em simultâneo na pessoa pós-AVC, levando a que sejam foco de atenção por parte do Enfermeiro de Reabilitação. Deste modo, verifica-se a necessidade de desenvolver programas sistemáticos e suportados em evidência que proporcionem uma prestação de cuidados com impacto na adaptação da pessoa a esta nova condição.

Objetivos: Desenvolver um programa de Enfermagem de Reabilitação para a pessoa com compromisso na deglutição por paresia facial central pós-AVC.

Métodos: Utilizada uma revisão do tipo *scoping* para mapear a evidência científica existente e conhecer quais os programas de reabilitação e *outcomes* dos mesmos.

Com base na revisão enunciada anteriormente, foi elaborado um programa de Enfermagem de Reabilitação assente na Teoria das Transições de Afaf Meleis, analisado e discutido através de um grupo focal, constituído por 7 enfermeiros de reabilitação. De acordo, com os dados obtidos no grupo focal foi elaborado um projeto de melhoria contínua da qualidade.

Resultados: São poucos os estudos que evidenciam programas de reabilitação neste âmbito. Estes demonstram ganhos, com o uso de um dispositivo de treino neuromuscular, tipo tela acrílica intraoral, que estimula e promove o aumento da força muscular dos lábios, cavidade oral, língua, vias aéreas superiores e esófago, ou o treino através um conjunto de exercícios musculares a nível orofacial de determinados grupos musculares. A apresentação do programa de enfermagem de reabilitação, ao grupo focal, aferiu dados de avaliação, e monitorização quer da deglutição como da paresia facial central, permitindo uma maior efetividade prática na sua implementação.

Conclusões: Existe uma relação direta entre o compromisso na deglutição e a paresia facial central pós-AVC, levando a que o plano de reabilitação seja concebido e implementado de forma interligada, com o objetivo de obter ganhos nestes focos de atuação da enfermagem de reabilitação.

Palavras-Chave: AVC, deglutição, paresia facial central, enfermagem, reabilitação

ABSTRACT

Introduction: Stroke is one of the main causes of death and disability worldwide. Of the alterations resulting from stoke, the swallowing impairment and the Central Facial Paresis stand out. These two types of conditions occur, most of the time, simultaneously in the post-stroke person, leading to them being the focus of attention on the part of the Rehabilitation Nurse. Thus, there is a need to develop systematic and evidence-based programs that provide care with an impact on the person´s adaptation to this new condition.

Objectives: To develop a Rehabilitation Nursing program for the person with dysphagia due to central facial paresis after stroke.

Methods: A scoping-type review was used to map the existing scientific evidence and to know rehabilitation programs and their outcomes.

Based on the review mentioned above, a Rehabilitation Nursing program was designed based on Afaf Meleis, Theory of Transitions, analysed and discussed through a focus group, consisting of 7 Rehabilitation Nurses. According to the data obtained in the focus group, a project of continuous quality improvement was elaborated.

Results: There are few studies that show rehabilitation programs in this area. These demonstrate gains, with the use of a neuromuscular training device, like a intraoral acrylic mesh that stimulates and promotes the increase in muscle strength of the lips, oral cavity, tongue, upper airways and esophagus, or through a set of orofacial muscle exercises training a certain muscle group. The presentation of the rehabilitation nursing program, to the focus group, assessed evaluation data, and monitoring of both swallowing and facial paresis, allowing greater practical effectiveness in its implementation.

Conclusions: There is a direct relationship between impaired swallowing and post-stroke central facial paresis, leading to the rehabilitation plan being conceived and implemented in an interconnected way, with the objective of obtaining gains in these areas of activity in rehabilitation nursing.

Keywords: stroke, swallowing, central facial paresis, nursing, rehabilitation

SIGLAS

AVC - Acidente Vascular Cerebral

DO - Disfagia Orofaríngea

EEER - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ESO - European Stroke Organisation

FL - Força Labial

HTA - Hipertensão Arterial

JBI - Joanna Briggs Institute

N - Newtons

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PP - Placa Palatina

PFC - Paresia Facial Central

SPAVC - Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral

rSc - revisão Scoping

TAF - Teste de Atividade Facial

TCD - Teste de Capacidade de Deglutição

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma PRISMA do processo de seleção de estudos..... 50

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Território vasculares e manifestações clínicas no AVC isquémico..... 24

Tabela 2 - Território vasculares e manifestações clínicas no AVC hemorrágico..... 24

Tabela 3 - Fases da Deglutição 30

Tabela 4 - Manobras posturais para o tratamento compensador da disfagia orofaríngea 36

Tabela 5 - Manobras ativas para o tratamento da disfagia orofaríngea 37

Tabela 6 - Estratégia de Pesquisa para a MEDLINE (via PubMed)..... 48

Tabela 7 - Estratégia de Pesquisa para a CINAHL Complete (via EBSCOhost)..... 49

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO **17**

PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO **21**

1. O ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL **23**

1.1. PARESIA FACIAL CENTRAL 25

1.1.1. Reabilitação da Paresia Facial Central **27**

1.2. DEGLUTIÇÃO 28

1.3. A DEGLUTIÇÃO COMPROMETIDA PÓS-AVC 30

1.3.1. Disfagia Orofaríngea **31**

1.3.2. Fisiopatologia da disfagia orofaríngea **32**

1.3.3. Complicações da disfagia orofaríngea **32**

1.4. DIAGNÓSTICO DA DISFAGIA OROFARÍNGEA 33

1.5. REABILITAÇÃO DA DISFAGIA OROFARÍNGEA 35

2. A TEORIA DAS TRANSIÇÕES NA ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO **39**

3. CONTEXTUALIZAÇÃO DA PROBLEMÁTICA EM ESTUDO **42**

PARTE II – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO **43**

1. METODOLOGIA **45**

FASE I **47**

2. REVISÃO SCOPING **47**

2.1. QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO 47

2.2. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO/ CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO 47

2.3. ESTRATÉGIA DE PESQUISA 48

2.4. RESULTADOS 49

2.5. DISCUSSÃO DE RESULTADOS 52

2.5.1. Dados de avaliação **53**

2.5.2. Programas de reabilitação identificados **54**

2.5.3. *Outocomes* obtidos **55**

FASE II **59**
3. CRIAÇÃO E DESENVOLIMENTO DE UM PROGRAMA DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA PESSOA COM COMPROMISSO NA DEGLUTIÇÃO POR PARESIA FACIAL CENTRAL PÓS-AVC **59**
3.1. GRUPO FOCAL 64
3.1.1. Fase de planeamento **64**
3.1.2. Fase de preparação **65**
3.1.3. Fase de moderação **65**
3.2. RESULTADOS E DISCUSSÃO 66
3.2.1. Vantagens e desvantagens do programa de reabilitação apresentado **66**
3.2.2. Vantagens do programa de reabilitação apresentado face a outros programas de reabilitação **69**
3.2.3. Facilidades ou dificuldades percecionadas na implementação do programa de reabilitação **70**
3.2.4. Sugestões para melhorar o programa de reabilitação **73**
3.3. PROGRAMA FINAL DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA PESSOA COM COMPROMISSO NA DEGLUTIÇÃO POR PARESIA FACIAL CENTRAL PÓS AVC **75**

CONCLUSÃO **79**
BIBLIOGRAFIA **83**

ANEXOS
ANEXO I - Parecer de Comissão de Ética da UICISA:E da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
ANEXO II- Escala de GUSS

APÊNDICES
APÊNDICE I - Tabela de Extração de Dados
APÊNDICE II - E-mail convite para os participantes
APÊNDICE III - Consentimento informado dos Participantes
APÊNDICE IV - Caraterização sociodemográfica do grupo focal
APÊNDICE V - Plano /roteiro orientador da sessão de grupo focal
APÊNDICE VI - Projeto de melhoria continua da qualidade

INTRODUÇÃO

O Acidente Vascular Cerebral (AVC), apresenta-se como uma patologia com elevada morbimortalidade, sendo que, anualmente 15 milhões de pessoas no mundo sofrem um AVC, cerca de 5 milhões morrem e outros 5 milhões ficam com incapacidade permanente, representando a principal causa de incapacidade e a segunda causa de morte a nível mundial (Singh, 2019).

Segundo dados do Instituto Nacional de Estatística (2022), também em Portugal, o AVC é a principal causa de morte, com registo de 11.439 óbitos no ano de 2020.

As alterações decorrentes do AVC manifestam-se aos vários níveis, motor, sensitivo, cognitivo, originando sintomas muito característicos como a hemiparesia, a afasia/disartria e a paresia facial. Um sintoma muito frequente pós-AVC, é a disfagia, manifestada por um compromisso da deglutição.

A disfagia pós-AVC apresenta-se como uma alteração muito característica, presente em mais de 50% dos doentes com AVC, na fase aguda (Dziewas et al., 2021). Embora a maioria das pessoas, recupere nos primeiros 7 dias, cerca de 11-13% continuam com disfagia 6 meses pós-AVC (Gonzalez-Fernandez, Ottenstein, Atanelov & Christian, 2013).

A disfagia apresenta uma relação direta com o prognóstico da pessoa com AVC, observando-se uma maior incidência de pneumonia, desidratação e malnutrição, assim como, uma maior mortalidade em relação às que não apresentam. Também está relacionada com uma pior evolução, incluindo pior capacidade funcional, recurso a institucionalização, e aumento da mortalidade (Clavé & Shaker (2015) citados por Terré (2020)).

Torna-se, deste modo, fundamental que seja realizada uma abordagem global e sistematizada à pessoa com deglutição comprometida pós-AVC, por ser assim, um problema frequente, requerendo uma identificação precoce, através de instrumentos válidos para a avaliação da deglutição e correspondente a atuação.

Por sua vez a paresia facial central (PFC), é identificada na maioria das vezes, como o sinal major da ocorrência de um AVC, sendo que cerca de metade dos indivíduos pós-AVC apresentam PFC, originando alterações da mobilidade e simetria facial dos músculos do terço inferior da face contralateral à lesão cerebral. A PFC, relaciona-se com outros sintomas neurológicos para além das alterações da mimica facial, sendo

eles a disartria, disfagia, apraxia, alterações motoras e/ou da linguagem (Konecny et al., 2014).

A relação da PFC com a deglutição, manifesta-se pela função do VII nervo par craniano, o nervo facial, pois este contribui para a fase orofaríngea da deglutição, pela sua enervação a nível muscular perioral, do bucinador, do digástrico superior e estilo-hióideos, assim como, na função gustativa e salivar que contribuem para a deglutição. A afeção do nervo facial pós-AVC é muito frequente, provocando alterações orofaciais e compromisso da deglutição (Konecny et al., 2014).

Fisiologicamente as alterações da ação do nervo facial resultam numa diminuição da perceção do sabor, alterações na formação do bolo alimentar na fase preparatória oral e oral da deglutição, escape labial, resíduos orais e boca seca. Estes sintomas relacionam-se com a função sensitiva do nervo facial nos dois terços anteriores da língua, com a sua função motora de controlo da musculatura da expressão facial, através dos músculos orbicular e bucinador (desempenham funções no encerramento labial e na prevenção de resíduos orais), e inervação motora dos músculos estilo-hióideo e digástrico, fundamentais para a retração do osso hióide posterior e superiormente para o encerramento glossopalatino (Florie et al., 2021).

Assim, a presença de paresia facial, não provoca apenas alterações na simetria facial, como também dificuldades no comer e beber. Dados eletromiograficos demonstram que aquando do início do reflexo de deglutição, um conjunto de músculos orofaciais são ativados (Hägllund et al., 2020).

É percetível, deste modo, a relação neurofisiológica existente na deglutição comprometida por PFC após-AVC.

Pela elevada incidência destes dois focos, posterior a um evento de AVC, torna-se fundamental, a implementação de cuidados de enfermagem de reabilitação que permitam dar resposta a este tipo de alterações funcionais.

O Regulamento de competências especificas do Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação (EEER) (2019), define que este deve assumir um papel ativo na incorporação de novas práticas baseadas na evidência, orientada para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, com a sua participação em projetos de investigação, originando um aumento do conhecimento e progresso de competências na área da enfermagem de reabilitação.

Assim, o objetivo deste trajeto de investigação visa desenvolver um programa de reabilitação para a pessoa com deglutição comprometida por PFC pós-AVC. Pretende-se assim, sistematizar a intervenção do EEER, à pessoa com este tipo de afeção, com

o propósito de promover a melhoria continua dos cuidados de enfermagem, prevenindo as suas complicações associadas, e promover em simultâneo o potencial da pessoa em causa.

O presente documento encontra-se estruturado em duas partes, a primeira referente ao enquadramento teórico, onde são desenvolvidos os principais conceitos, tais como: a PFC e a deglutição comprometida na pessoa pós-AVC, enquadrados no contexto de enfermagem de reabilitação, com menção ao modelo teórico de enfermagem da Teoria das Transições. Na segunda parte é exposto a metodologia adotada para a consecução desta dissertação. O percurso metodológico encontra-se estruturado em duas fases. A primeira fase relacionada com a revisão scoping (rSc) elaborada, e a segunda fase, com a criação de um programa de enfermagem de reabilitação na pessoa com compromisso na deglutição por PFC pós -AVC, com validação do mesmo através de um grupo focal, e respetiva análise e discussão dos resultados obtidos.

Por último a conclusão e a bibliografia, assim como anexos e apêndices.

PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. O ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

O AVC, é uma doença neurológica que acomete um grande número de pessoas, apresentando-se com elevados níveis de mortalidade e morbilidade.

No mundo, 16 a 17 milhões de pessoas sofrem um AVC anualmente, 6 milhões das quais não sobrevivem (Sistema Nacional de Saúde, 2017).

Segundo a European Stroke Organisation (ESO, 2018), no continente europeu, o AVC continua a ser umas das principais causas de morte e incapacidade. Com o aumento do número de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, prevê-se que o número de AVC aumente cerca de 23% (ESO, 2018).

Ao longo dos anos tem-se verificado uma diminuição da incidência do AVC, porém em Portugal, o mesmo representa a principal causa de morte e de incapacidade permanente. Em média, por hora, três portugueses sofrem um AVC. Por cada ano, em cada 1000 habitantes 2 sofrem um AVC, sendo que 41% dos sobreviventes estão dependentes (Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral (SPAVC) (2016)).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) (2009) define o AVC como um comprometimento neurológico focal, de provável origem vascular, que poderá ser por vezes global, com ocorrência súbita e duração de mais de 24 horas (podendo causar a morte). É causado por alterações não traumáticas na circulação cerebral ou pré-cerebral, pode, também, ter um início agudo e carater transitório (denominado por acidente isquémico transitório).

A ocorrência deste tipo de evento cerebral dá-se porque ocorre uma obstrução de uma artéria, originando um AVC isquémico, ou um rompimento da mesma, ocorrendo um AVC hemorrágico.

Fisiologicamente o AVC isquémico, ocorre, derivado de uma diminuição do fluxo sanguíneo numa zona cerebral, relacionado com a oclusão de uma artéria, originando hipoxia ou anoxia do tecido cerebral. Pode ser classificado como: trombótico, embólico e lacunar (Sá et al., 2014).

O AVC hemorrágico pode ser classificado quanto à sua “natureza”:

- Hemorragia intracerebral – causada por uma rutura de um vaso sanguíneo cerebral, originando um hematoma dentro do parênquima cerebral, levando ao

aumento de pressão (por vezes com efeito de massa em espaço fechado) (Sá et al., 2014).

- Hemorragia subaracnoídea – um tipo de AVC hemorrágico em que ocorre a rutura do vaso sanguíneo com extravasamento de sangue para o espaço subaracnoídeo (Sá et al., 2014).

Embora característicos são variados os sintomas decorrentes do AVC. Assim, de forma sistematizada e objetiva, são apresentadas, de seguida, as manifestações clínicas do mesmo, tendo em conta o território vascular acometido no caso do AVC isquémico e no AVC hemorrágico de acordo com o tipo de hemorragia.

Tabela 1 - Território vasculares e manifestações clínicas no AVC isquémico

Território arterial anterior	Território arterial comum	Território arterial posterior
. alteração da linguagem (afasia) . perda visual mononuclear . não reconhecer o défice (anosognosia) . não reconhecer parte do corpo (assomatognosia)	. diminuição da força muscular unilateral (hemiparésia) . diminuição da sensibilidade unilateral (hemipostesia) . disartria . hemianópsia homónima . disfagia	. ataxia cerebelosa . diplopia . vertigem . perda visual bilateral (cegueira) diminuição da força muscular bilateral (tetraparésia) . diminuição da sensibilidade bilateral

Fonte: TUNA, Assunção e PEREIRA, José Pedro - Acidente Vascular Cerebral Agudo, in Curso da Evidência na Emergência – Manual do Curso de Evidência na Emergência 2011,4ªEdição, Litojesus

Tabela 2 - Território vasculares e manifestações clínicas no AVC hemorrágico

Hemorragia subaracnoídea	Hemorragia intracerebral
. cefaleia (súbita e intensa) . náuseas e vómitos . alterações da vigília . sinais de irritação meníngea	. hemisférica profunda: hemiparesia contralateral, afasia global (hemisfério esquerdo, neglet (hemisfério direito), desvio conjugado ipsilateral à lesão, náuseas e vómitos, alterações da vigília) . hemisférica lobar: hemianopsia, neglet, défices visuo-espacias, cefaleias . cerebelo: náuseas e vómitos, cefaleias, desequilíbrio, vertigem . protuberância: tetraparésia, pupilas mióticas, coma

Fonte: Menoita, E. C. (2014). Reabilitar a Pessoa Idosa com AVC- contributos para um envelhecer resiliente. Loures: Lusociência

Tendo em conta as várias alterações decorrentes do AVC, como anteriormente descritas, manifestações como a PFC e deglutição comprometida são sintomas muito frequentes pós-AVC.

1.1. PARESIA FACIAL CENTRAL

A mímica facial representa uma função humana de comunicação. A mesma serve para manter a expressão facial, sendo também fundamental para o discurso, para a interação social, para a alimentação e proteção ocular. Com uma musculatura altamente diferenciada e complexa, pode exprimir um largo conjunto de sensações, refletir um estado de espírito ou disposição de forma individual e única (Konecny et al., 2014).

A PFC caracteriza-se por uma diminuição ou ausência completa do movimento de alguns ou de todos os músculos da cara, decorrente de um transtorno nervo facial (VII par craniano). Pode ter várias causas desde infeciosas, traumáticas, iatrogénicas, tumorais, neurológicas (entre as quais o AVC), entre outras (Lassaletta et al., 2019).

Podendo ser um dos sintomas iniciais pós-AVC, segundo Cattaneo e Pavesi (2014) citados por Vaugham et al. (2020), há estudos que demonstram que 60% das pessoas que tiveram o primeiro AVC, apresentavam PFC.

No estudo prospetivo de Lorenz, Guntinas-Lichius e Hamzei (2020), num total de 416 doentes com AVC isquémico, identificaram em 155 PFC, correspondendo a uma taxa de prevalência de 37,3%, demonstrando deste modo, o impacto significativo da mesma.

A PFC resulta de uma lesão do segmento central do nervo facial, no núcleo facial na ponte, no córtex motor, ou nas conexões entre estes últimos dois. Esta alteração manifesta-se pelo movimento unilateral comprometido da face, no lado oposto ao da lesão cerebral, predominando na região inferior da face (Vaugham et al., 2020).

O nervo facial tem uma importante e complexa multiplicidade de funções, no que se refere à mastigação, discurso e mímica facial. Sendo o nervo de maior diâmetro, tem origem no núcleo do facial localizado na ponte, emergindo da parte lateral do sulco bulbopontino, penetra depois no osso temporal pelo meato acústico interno, pelo forame estilo mastóideo sai do crânio, passando pela glândula parótida ramificando-se nos músculos da mímica facial (Vaugham et al., 2020).

O modelo clássico interpreta o padrão descrito anteriormente, com projeções corticonucleares bilaterais de cada área motora primária aos motoneurónios que inervam os músculos faciais superiores e projeções contralaterais exclusivas aos motoneurónios que inervam os músculos faciais inferiores, (Volk et al., 2019).

Podendo também ser designada por paresia facial supranuclear, a PFC, consiste em lesões dos neurónios motores piramidais do córtex frontal (responsáveis pelos movimentos voluntários), que chegam aos núcleos motores do facial ipsilateral (parte superior da face) e contra lateralmente (parte superior e inferior), (Calais, Gomez, Bento & Comerlatti, 2005).

Deste modo, as pessoas com PFC, apresentam desvio da comissura labial, escape de saliva pelo canto da boca, sorriso assimétrico, disartria e limitações no comer (diminuição da força e eficiência da mastigação) por atonia dos lábios, língua e garganta, refletindo-se na qualidade de vida das mesmas (Volk et al., 2019).

No estudo de Chang et al. (2016) os resultados evidenciaram que a PFC apresenta um impacto mais negativo na qualidade de vida, maior que a disartria em doentes pós-AVC independentes.

Torna-se assim pertinente, que seja realizada uma correta avaliação da PFC por forma a estabelecer um programa de reabilitação dirigido. Na revisão sistemática elaborada por Fabricius, Kothari e Kothari (2021), tendo em conta as diferenças neurofisiológicas que se manifestam entre a PFC e a paresia facial periférica, deveriam ser validadas escalas para a PFC, uma vez que apenas a paresia facial periférica tem escalas especificas que têm sido utilizadas na PFC.

A monitorização das mudanças na PFC em doentes com AVC através de um programa de reabilitação orofacial, demonstrou efetividade na recuperação da função orofacial, movimento facial e depressão, em que houve para além de psicoterapia e terapia da fala, durante 4 semanas, a reabilitação orofacial adicional (Konecny et al., 2014).

Na revisão sistemática realizada por Vaughan et al. (2020), os estudos analisados revelam uma melhoria do movimento facial e da função após a aplicação de vários métodos de reabilitação física para a PFC.

Os doentes com AVC beneficiam de um programa de reabilitação específico e dirigido para a PFC. Assim, Volk et al. (2019), demonstrou no seu estudo de 112 doentes com PFC após-AVC, que a ativação de grupos musculares orofaciais permite obter ganhos na recuperação desta, ao mesmo tempo, que na hemiface contralateral (sem lesão), há uma diminuição do mecanismo compensatório muscular ao longo da reabilitação.

A importância da reabilitação orofacial, estudada por Schimmel, Ono, Lam e Muller (2017), em doentes com AVC, com diminuição da eficiência do mastigar, disfagia, assimetria facial, diminuição da força labial, incapacidade, depressão e as alterações cognitivas, demonstrou que na ausência de reabilitação estes sintomas não melhoram. A reabilitação nos doentes com AVC permite melhorar a força e a coordenação ao nível

da musculatura orofacial. Simultaneamente permite a melhoria a outros níveis, prevenindo a perda de peso e malnutrição (Shimmel et al., 2017).

A alteração da mímica facial pode ser avaliada de forma qualitativa e quantitativa. Através de uma avaliação neurológica focada na avaliação da função do nervo facial, sendo possível o diagnóstico de PFC ou paresia facial periférica. A nível internacional e escala estandardizada para a avaliação quantitativa do nervo facial é a Escala de House Brackmann (Konecny et al., 2014).

1.1.1. Reabilitação da Paresia Facial Central

Estudos recentes revelam que a reabilitação da PFC, deverá ser mais difundida e ampla por forma a abranger as pessoas com este tipo de afeção pós-AVC, nomeadamente à realização de treino com profissionais capacitados (Vaughan, Copley & Milles, 2021).

O impacto da PFC pós-AVC foi estudado por Volk et al. (2018), após a realização de um estudo prospetivo, em 112 doentes pós-AVC com PFC, demonstrou que a presença de PFC tem um impacto significativo na qualidade de vida.

Segundo Shimmel et al. (2017), o ato de mastigação diminuído, a disfagia, a assimetria facial, a diminuição da força labial e a qualidade relacionada com a saúde oral, são sintomas quantificáveis de deficiência orofacial pós-AVC. Deste modo, a reabilitação do doente pós-AVC, deverá basear-se na melhoria e da força e coordenação a nível musculatura orofacial.

Na PFC a reabilitação orofacial tem como objetivo, segundo Konecny et al. (2014), relaxar músculos espásticos, restabelecer funções seletivas dos músculos orofaciais e reeducar a mímica e comunicação (verbal e não verbal), assim como, as funções da ingestão alimentar oral. A reabilitação orofacial, no estudo desenvolvido pelo mesmo autor, incluiu reabilitação das estruturas miofasciais da face, cinesiterapia respiratória, facilitação direcionada para a fisiologia em áreas orofaciais com aplicação de pressão, toque, vibração e tração de pontos específicos da face para ativação dos músculos orofaciais. Do seu estudo resultaram dados positivos, no que se refere à evolução da função orofacial, quer ao nível da mímica facial como na qualidade de vida da pessoa pós-AVC.

Os efeitos da estimulação neuromuscular ao nível dos músculos faciais (bucinador, orbicular e risório), no que se refere em ganhos de força e função orofacial em doentes com disfagia e paresia facial central pós-AVC, foi estudado por Choi (2016). Este método consiste na estimulação dos músculo e das fibras nervosas. Há assim, um

fortalecimento muscular, redução dos espasmos e prevenção da atrofia muscular. O presente estudo revelou ganhos ao nível da força dos músculos faciais que contribuem também para uma melhoria da fase oral da deglutição. Estes dados foram monitorizados através de um a dispositivo próprio o Iowa Oral Performance Instrument (IOPI® *Medical*) que permite monitorizar a força dos músculos pescoço e dos lábios (14.3± 3.4 para 18.4±2.8 quilopascal e de 10.6±2.7 para 13.4±2.7 quilopascal respetivamente). Os ganhos na deglutição foram monitorizados por videofluroscopia.

A revisão sistemática elaborada por Vaughan et al. (2020), reuniu 13 estudos onde participaram 539 doentes com paresia facial pós-AVC, com reabilitação física no sentido de conhecer qual a eficácia das terapias de reabilitação utilizadas nestes doentes.

Assim, 7 estudos reportam intervenções que visam atenuar a PFC como principal objetivo, e 6 estudos relatam a função ou movimento dos lábios no contexto de terapia na deglutição comprometida pós-AVC. São descritas intervenções ativas em 4 estudos para a reabilitação orofacial, em 2 foi utilizado o biofeedback (com espelho ou outro dispositivo) durante a execução de exercícios orofaciais. A massagem, alongamento e estimulação elétrica, foram definidas como técnicas de intervenção passiva. Em cinco estudos o processo de reabilitação na PFC, combinou o uso de técnicas ativas e passivas.

Uma revisão sistemática recente, desenvolvida por Fabricius, Kothari e Kothari (2021), relativa à avaliação e intervenção de reabilitação na PFC em pessoas com lesão cerebral, demonstrou que a escala mais frequente para avaliação da PFC é a House Brackmann, não existindo uma escala especifica para a PFC.

Tendo por base a anterior revisão sistemática enunciada, o treino de resistência labial é identificado como intervenção com ganhos ao nível do encerramento labial e consequente atividade facial, sendo usado em alguns estudos dispositivos próprios. A acupuntura, a estimulação elétrica neuromuscular, a terapia com espelho e os exercícios com biofeedback eletromiografico são definidos como intervenções especificas para a PFC, embora com poucos estudos elaborados neste âmbito.

1.2. DEGLUTIÇÃO

A deglutição representa uma função essencial para a manutenção da vida, fundamental na ingestão e absorção de nutrientes pelo organismo. Todo este processo, consiste numa passagem segura dos alimentos e saliva desde a cavidade oral até à orofaringe

por meio de uma sequência coordenada de contrações musculares (havendo assim várias fases) (Caldas, Coelho, Ribeiro, Cunha e Silva, 2018).

Este mecanismo corporal, que pode ser desencadeado de forma voluntária ou por impulsos sensoriais da faringe posterior, tem implícito mecanismos fisiológicos que exigem a ativação de 55 músculos através de seis pares cranianos (Caldas et al., 2018).

A nível anatómico, a deglutição pode ser representada nas áreas da ínsula, do cortéx pré-motor e do córtex sensoriomotor. Integra assim, o sistema sensorial (tátil, olfativo, gustativo e propriocetivo), o motor (coordenação motora oral e faríngea, integração entre a respiração, mastigação, tónus, amplitude de movimento e força muscular), e também componentes cognitivos (Yang et al. (2014) citado por Caldas et al. (2018)).

O início do processo de deglutição é caracterizado por uma fase inicial onde são usados músculos de forma voluntária a nível mandibular, labial e da língua. Quando o bolo alimentar é empurrado para a faringe pela ação da língua (esta sobe e retrai) o processo voluntário termina dando início a um processo reflexo (Hagg & Franzén, 2021).

Fisiologicamente a deglutição é um processo complexo, que envolve uma componente voluntária e reflexa. No mesmo, estão envolvidos cinco nervos pares cranianos e mais de cinquenta músculos, envolvendo desde a área cortical e o tronco cerebral (Cecconi & Piero, 2012).

A deglutição decorre de uma harmoniosa atuação de, principalmente, 5 nervos pares cranianos. O nervo trigémio (V) é o primeiro a ser estimulado a nível labial, seguido do glossofaríngeo (IX) e do vago (X), por sua vez o nervo trigémio (V) e o Facial (VII) ao nível do palato anterior e palato mole (Hägg & Franzén, 2021).

A nível cerebral três estruturas desempenham funções fundamentais para o processo de deglutição: o núcleo do trato solitário (núcleo sensitivo ao nível do bulbo raquidiano recebe fibras aferentes relacionadas com o paladar e secreção de saliva), a formação reticular (situada no tronco cerebral com a função de ativar o córtex cerebral) e o córtex cerebral. São assim, identificados três centros de deglutição ao nível do tronco cerebral, o primeiro identifica que existe algo para ser deglutido, enviando essa informação para o segundo centro da deglutição onde é feita a decisão de deglutir ou não, no caso de haver deglutição é no *Nucleus Ambiguus* que se inicia a reposta eferente pelas fibras do músculo estriado, simultaneamente são enviados impulsos para o terceiro centro de deglutição para proceder à estimulação do musculo liso (presente no esófago) (Hägg & Franzén, 2021).

A tabela seguinte descreve de que forma se processa a deglutição.

Tabela 3 - Fases da Deglutição

Fase preparatória oral	Aos alimentos na cavidade oral são manipulados e mastigados para serem deglutidos. A parte posterior da língua controla a posição da comida, evitando a sua entrada na faringe.
Fase oral	O palato mole eleva-se, encerrando a nasofaringe, a língua mobiliza o bolo alimentar para a faringe, desencadeando a deglutição faríngea.
Fase faríngea	Um complexo e coordenado conjunto de movimentos da língua e estruturas da faringe propulsiona o bolo alimentar da faringe para o esófago. O encerramento das cordas vocais e o movimento posterior do epiglote previne que os alimentos ou líquidos entrem na traqueia.
Fase esofágica	Decorre um conjunto coordenado de contrações do musculo esofágico mobilizando o bolo alimentar através do esófago até ao estomago.

Fonte: Teasel, R. et al. (2018). *Dysphagia and aspiration following stroke.* Heart & stroke foundation Candian partnership for stroke recovery: 15 (1-71).

1.3. A DEGLUTIÇÃO COMPROMETIDA PÓS-AVC

A disfagia pode ser definida como uma alteração da deglutição que se caracteriza por uma dificuldade na preparação do bolo alimentar e no deslocamento do mesmo desde a boca até ao estomago. Esta alteração inclui um atraso, ou falha na transferência do bolo ou até um erro na direção para a via aérea (Terré, 2020).

A disfagia é um problema comum após o AVC, segundo Teasell et al. (2018), tendo uma incidência na fase aguda de aproximadamente de 55%.

De acordo com o estudo de Dziewas et al. (2021), os critérios de diagnóstico, tempo e método de avaliação da disfagia após AVC levam à identificação em 29-81% de doentes na fase aguda do AVC. Podendo haver uma recuperação da deglutição nas primeiras semanas após AVC, cerca de 11-50% mantém a disfagia até 6 meses.

Define-se como disfagia a dificuldade em engolir, podendo ser causada por várias patologias, sendo muito frequente no AVC. Nos doentes com AVC, caracteriza-se pela dificuldade em mobilizar, de forma segura, a comida ou líquidos, desde a boca até ao estomago sem aspiração. Pode também envolver dificuldade na preparação oral para deglutir, como por exemplo, na mastigação ou movimento da língua (Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2010).

Segundo Dziewas et al. (2021), a disfagia pós-AVC está presente em mais de 50% dos doentes, aumentando o risco de complicações, em particular a pneumonia de aspiração, malnutrição e desidratação, e está relacionada com maus resultados e mortalidade.

Para além das consequências físicas da disfagia, a mesma apresenta um impacto significativo no bem-estar psicológico e independência da pessoa, relacionando-se deste modo, com humor deprimido e depressão.

A presença de disfagia na pessoa com AVC está associada a um aumento da mortalidade e morbilidades, como a malnutrição, desidratação e compromisso pulmonar. Dados de evidência indicam que a identificação e "gestão" da disfagia reduz o risco de pneumonia e o tempo de internamento (Teasell et al., 2018).

Tradicionalmente a disfagia foi associada a lesões do tronco cerebral e enfartes cerebrais bilaterais, embora recentemente possa ocorrer relacionada com enfartes cerebrais isolados. Estudos imagiológicos identificam várias zonas cerebrais que desenvolvem um conjunto importante de funções na deglutição, tais como, córtex sensoriomotor primário, insula, cápsula interna, gânglios basais, tálamo e córtex cingulado (Cecconi & Di Piero, 2012).

São sinais e sintomas de disfagia o engasgar-se com a comida, tossir durante a refeição, o escape de comida pela boca, acumulação de comida nas bochechas, lentidão e esforço a comer, dificuldade na toma de mediação oral, evitar comer ou beber, queixas de sensação de comida "presa" na garganta, problemas no engolir, refluxo ou pirose (Schmidt et al. (1994) citado por Teasel, et al., (2018)).

Segundo Khedr et al. (2021), a disfagia pós-AVC, é um sintoma comum, que requer uma vigilância assídua. Encontra-se associada mais frequentemente ao AVC hemorrágico, porém, a idade avançada, Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial e Fibrilhação Auricular são fatores de risco principais para a ocorrência da disfagia.

1.3.1. Disfagia Orofaríngea

A Disfagia Orofaríngea (DO) segundo Litwin (2013) citado por Krajczy et al. (2019), surge durante a fase oral da deglutição e manifesta-se na dificuldade em formar o bolo, mastigar, no encerramento da boca e no transporte do bolo pela cavidade oral. Há assim, uma alteração que se origina no momento de formação e/ou movimentação do bolo alimentar desde a boca até ao esófago.

A DO caracteriza-se pela penetração de comida, líquidos ou saliva na laringe, aspiração para a traqueia e presença de resíduos orofaríngeos. Há assim, uma alteração da motilidade que inclui dificuldade ou incapacidade para formar o bolo alimentar e/ou movê-lo de forma segura desde a boca até ao esófago, podendo haver aspiração traqueobrônquica (Rofes, Arreola, Mukherjee & Clavé, 2014).

A DO é descrita por sintomas de deglutição alterada, na cavidade oral e/ou faringe, sendo uma complicação frequente pós-AVC. Do mesmo modo, também a diminuição da força dos músculos orofaciais, palato e faringe contribuem para a sintomatologia da disfagia (Teasel, et al., 2018).

1.3.2. Fisiopatologia da disfagia orofaríngea

Etiologicamente segundo Clavé e Peris (2015), a DO ocorre devido a dois tipos de alterações relacionadas com o reflexo de deglutição e da abertura do esfíncter esofágico superior.

A adaptação orofaríngea durante a deglutição é mediada pela abertura e encerramento de 4 válvulas:

1. A selagem entre o palato mole e a língua (selo glossopalatino);
2. O encerramento da nasofaringe através da elevação do palato mole (selo velofaringeo);
3. O encerramento do vestíbulo laríngeo, pelo declínio da epiglote;
4. A abertura do esfíncter esofágico superior.

Numa pessoa saudável o funcionamento e a coordenação destas válvulas decorrem de uma forma breve e rápida. Na pessoa com doença do foro neurológico poderá estar muito mais lenta, até em dobro no que se refere à sua consecução, originando aspirações e penetrações no trato respiratório (Clavé & Peris,2015).

A DO apresenta uma incidência na fase aguda do AVC de 37-78%, na maior parte das vezes com uma evolução favorável nas primeiras semanas pós-AVC, persistindo, em 50% dos doentes (Marin, Serra-Prat, Ortega & Clavé, 2018).

1.3.3. Complicações da disfagia orofaríngea

Segundo Ortega, Cabré e Clavé (2014), a DO causa dois tipos de alterações na resposta motora orofaríngea, a primeira relacionada com défice na eficácia e a segunda com alterações na segurança da deglutição. A questão da eficácia encontra-se prejudicada, pelo mau transporte do bolo alimentar e presença de resíduos orais ou faríngeos após a deglutição. As alterações da segurança da deglutição, ocorrem quando há penetração no vestíbulo laríngeo e aspirações traqueobrônquicas, às vezes sem reflexo de tosse

(aspirações silenciosas) causando infeções do trato respiratório inferior e pneumonia de aspiração.

Embora haja o conhecimento das complicações da DO, os custos pós-AVC são desconhecidos. Assim a DO, pode ter um impacto muito negativo, na condição de saúde aa pessoa pós-AVC, produzindo dois tipos principais de complicações: 1ª- a desnutrição e a desidratação, presente em 25-75% dos doentes, devido à deficiência da eficácia na deglutição, 2ª- com a segurança da deglutição diminuída, ocorre aspiração traqueobrônquica que pode causar pneumonia em 50% dos casos (Marin, Serra-Prat, Ortega & Clavé, 2020).

Os doentes com DO têm uma maior incidência de pneumonia de aspiração, desidratação e malnutrição, e uma maior mortalidade em relação aos que não apresentam DO. A presença de disfagia em contexto hospitalar está relacionada com uma pior evolução, incluindo pior capacidade funcional, institucionalização e aumento do risco de mortalidade (Martino et al. (2005) e Clavé & Shaker (2015), citados por Terré (2020).

Define-se por pneumonia de aspiração, quando existe evidência radiológica de condensação pulmonar, causada pela passagem através da árvore brônquica de uma quantidade significativa de secreções contaminadas por bactérias patogénicas sejam orofaríngeas ou gastro-esofágicas, sendo que até 50% dos doentes que apresentam disfagia e aspiração desenvolveram uma pneumonia de aspiração, estando relacionada com a principal causa de mortalidade nas pessoas com DO (Clavé &Peris, 2015).

De acordo como o estado de arte atual, a gestão da DO pós-AVC, visa a sua deteção precoce, com avaliação da deglutição nas primeiras horas pós-AVC, utilização de testes *screening* específicos, aplicação de terapias para compensar deficiências relacionados com a patologia e recuperação da função de deglutição, são aspetos fundamentais na gestão desta condição (Marin et al., 2020).

1.4. DIAGNÓSTICO DA DISFAGIA OROFARÍNGEA

De acordo com a evidência científica, em todos os doentes em fase aguda do AVC é recomendado, logo que possível após a admissão, a execução formal de um teste *screening* da disfagia (com testes de deglutição de água ou múltiplas consistências), para prevenir pneumonias pós-AVC e minimizar o risco de mortalidade. A avaliação da disfagia é de todo fundamental em doentes pós-AVC com sinais severos de paresia facial, disartria, afasia ou com outros défices neurológicos severos. A adaptação da

consistência da dieta e líquidos são usados para reduzir o risco de pneumonia. A realização de exercícios de reabilitação deglutição, e manobras especificas de acordo com a avaliação individual da deglutição (Dziewas et al., 2021).

O diagnóstico de disfagia pode ser realizado através de uma detalhada avaliação da presença ou não de sinais e sintomas de disfagia, e de testes *screening* que permitem avaliar a consistência e volume de alimentos e líquidos para uma segura deglutição. A nível instrumental pode ser utlizada a videofluroscopia (Cohen et al. 2016)

Huang et al. (2014), num estudo com doentes após-AVC com disfagia orofaríngea, no sentido de diminuir as complicações pulmonares associadas, estudaram o efeito de diferentes terapias para a deglutição comprometida. Com uma avaliação prévia através de um instrumento clínico e com a utilização da videofluroscopia, demonstraram ganhos significativos entre o uso de terapias tradicionais para a deglutição com a estimulação elétrica neuromuscular a nível orofaríngeo.

De acordo com Terré (2020) o diagnóstico da DO deve incluir os seguintes propósitos: identificar anomalias anatómicas ou fisiológicas que originam a dificuldade em deglutir, e avaliar a efetividade das intervenções terapêuticas que permitam compensar as alterações da deglutição e assim ser possível iniciar ou manter a alimentação oral. São assim, definidos critérios de eficácia, como a capacidade de ingerir a quantidade necessária de nutrientes e líquidos para assegurar uma adequada nutrição e hidratação. Os critérios de segurança referem-se à capacidade ingestão sem originar complicações respiratórias.

Segundo o mesmo autor supracitado, na pessoa com AVC a avaliação da DO é recomendado a elaboração de uma história clínica, uma avaliação motora e sensitiva, aplicação de um teste para identificação de sintomas de disfagia, um teste clínico com diferentes texturas e um teste instrumental que confirme ou não a aspiração, como a exploração do estado nutricional.

Neste sentido, a avaliação das características da deglutição pode ser realizada em duas etapas, clínica e instrumental: o método clínico, inclui a anamnese, o exame estrutural e funcional das estruturas da fala e deglutição e o *screening* da deglutição através do método volume-viscosidade. O método instrumental visa a exploração da deglutição por meio de exames auxiliares diagnósticos específicos, como a videofluoroscopia, a manometria faringoesofágica e a fibrolaringoscopia (Clavé e Peris, 2015).

A videofluoroscopia é considerada o método de eleição para avaliação da DO. É um exame radiológico de baixa frequência, que permite analisar em tempo real a propulsão do bolo alimentar desde a boca até ao esófago. Assim, é possível identificar alterações

na fase oral e faríngea da deglutição, permitindo definir o tratamento para a DO, avaliar a eficácia das diferentes estratégias terapêuticas e indicar de forma objetiva, uma via alternativa de alimentação ou por via oral (Terré, 2020).

1.5. REABILITAÇÃO DA DISFAGIA OROFARÍNGEA

As terapias tradicionais referem-se a estratégias compensatórias, como adoção de posturas, alterações da consistência da dieta, fortalecimento muscular a nível orofaríngeo através de exercícios orofaciais, manobras de deglutição e estimulação sensorial (térmica e tátil). Com a neuroestimulação elétrica a nível transcutâneo, pretende-se com a colocação de elétrodos ao nível do pescoço estimular a contração dos músculos da deglutição (Huang et al., 2014).

Krajczy et al. (2019) estudaram os efeitos da terapia tradicional na disfagia em doentes pós-AVC, apresentando resultados positivos, com uma efetividade aumentada no reflexo de deglutição de 57% para 97%, demonstrando deste modo, que uma terapia abrangente é efetiva e permite reduzir as complicações associadas às alterações da deglutição no doente com AVC.

Na prática a estratégia mais comum consiste em modificar a consistência dos alimentos e dos líquidos administrados oralmente, ajustando a viscosidade e o volume do bolo alimentar, após a aplicação de escalas especificas. Normalmente, os alimentos de maior consistência previnem e aspiração, e os líquidos aumentam o risco de aspiração (Terré, 2020).

Ao aumentar a viscosidade do bolo alimentar, através do uso de espessante, o mesmo mobiliza-se mais lentamente, como resposta ao efeito de compressão e da gravidade. Assim, o aumento da viscosidade requer menos agilidade no controlo motor, e sendo menos deformável tem menos probabilidade para ser aspirado. No que concerne ao volume do bolo alimentar, os de menor tamanho são mais seguros e com menor risco de serem aspirados (Terré, 2020).

As manobras posturais, têm como finalidade, modificar as dimensões faríngeas e redirigir o fluxo do bolo alimentar à via digestiva, evitando a sua entrada na via aérea.

Tabela 4 - Manobras posturais para o tratamento compensador da disfagia orofaríngea

Tipo de Manobra Postural	Mecanismo de ação	Indicação
Extensão Cefálica	Utiliza a gravidade para limpar a cavidade oral. Melhora a velocidade do transito oral e drenagem gravitaria faríngea	Redução da propulsão oral Alteração do selo labial
Flexão Cervical	Empurra a base da língua em direção à parede faríngea Estreita a entrada da via aérea (protege a via respiratória)	Atraso no início do reflexo da deglutição Aspiração durante a constrição faríngea
Rotação cefálica para a o lado afetado	Realiza pressão extrínseca sobre a cartilagem tiroideia, aumentando a adução Colapsa o seio piriforme unilateral	Aspiração durante a deglutição por paresia da corda vocal unilateral Paresia da unilateral de faringe (resíduos faríngeos)
Inclinação cefálica para o lado são	Propulsão do bolo alimentar pelo lado são	Debilidade oral e faríngea unilateral (presença de resíduos na boca e na faríngea do mesmo lado)

Fonte: Terré, R. (2020). Disfagia orofaríngea en el ictus: aspectos diagnósticos y terapéuticos [Oropharyngeal dysphagia in stroke: diagnostic and therapeutic aspects]. *Revista de neurologia*, *70*(12), 444–452.

As técnicas de deglutição têm como objetivo melhorar a eficácia e a segurança da deglutição, através do controlo voluntário da deglutição. A pessoa deverá reunir capacidade para executar as instruções dadas de forma sequenciada e com recrutamento muscular dirigido. Assim, podem ser executadas aquando da deglutição, realizando em simultâneo treino muscular (Terré, 2020).

Tabela 5 - Manobras ativas para o tratamento da disfagia orofaríngea

	Execução da manobra	Efeito
Deglutição de esforço	Instruir a pessoa para que degluta contraindo ao máximo todos os músculos da deglutição	Aumento da pressão da propulsão faríngea
Deglutição supraglótica	Apneia voluntária no momento de deglutir, com deglutição seguida de tosse voluntária, com o objetivo de limpar a laringe de restos alimentares.	Melhora o encerramento da via aérea ao nível das cordas vocais antes e durante a deglutição. Indicada na aspiração previa à deglutição e durante a deglutição
Deglutição supersupraglótica	Apneia voluntária, deglutição exercendo força e tosse imediatamente depois da deglutição	Aumenta a segurança da deglutição e reduz a prevalência de aspirações
Manobra de Mendelsohn	Contração mantida dos músculos supra-hióideos para manter a elevação laríngea e favorecer e abertura do esfíncter esofágico superior e encerramento da via aérea.	Favorece o encerramento da via aérea Melhora a abertura do esfíncter esofágico superior e o esvaziamento faríngeo Evita a aspiração pós deglutição
Manobra de Masako	Deglutir como ápice da língua entre os dentes incisivos	Facilita o movimento da base da língua e a passagem do bolo pela faringe até ao esófago evitando os resíduos na valécula

Fonte: Terré, R. (2020). Disfagia orofaríngea en el ictus: aspectos diagnósticos y terapéuticos [Oropharyngeal dysphagia in stroke: diagnostic and therapeutic aspects]. *Revista de neurologia*, *70*(12), 444–452.

Estudos recentes, remetem como pilar fundamental na reabilitação física da deglutição, o treino da musculatura hioide, o treino de resistência do queixo e exercícios de tonificação da língua (Smithard, 2016).

Os exercícios terapêuticos que melhoram a amplitude, força e coordenação da musculatura oral, como também faríngea e respiratória, são fundamentais na reabilitação da DO (Cecconi & Di Piero, 2012).

As alterações sensoriais são muito frequentes após um AVC, originando apraxias na deglutição e alterações na sensibilidade oral. O uso de estratégias sensoriais, funcionam como despertador do sistema nervoso central antes da deglutição aumentando a consciência sensorial para o mesmo. Ou seja, a nível fisiológico há uma estimulação dos recetores terminais sensitivos aferentes relacionados com o início da resposta

orofaríngea. Neste sentido, Clavé e Peris (2015) identificam as seguintes estratégias de estimulação sensorial oral:

- Estimulação mecânica da língua;
- Modificações do bolo em volume, temperatura e sabor;
- Estimulação dos pilares faríngeos com gelo;
- Estimulação térmica e mudança de sabores;
- Estimulação olfativa e visual através de alimentos que estimulem a salivação.

A capacidade para executar movimentos coordenados exige um envolvimento cerebral ativo, o qual pode estar comprometido, por exemplo, aquando de um AVC. Assim, é fundamental a execução de exercícios ativos, que permitam melhorar o tónus, a sensibilidade e a motricidade das estruturas orais denominadas de orgãos ativos da deglutição: lábios, língua, mastigação, palato e musculatura supra-hióideia, (Clavé & Peris (2015).

Na revisão realizada por Matos, Oliveira, Oliveira e Neto (2021), e no estudo de Huang et al. (2014), sobre as terapias de reabilitação para a disfagia em doentes com AVC concluíram que a maioria das técnicas utilizadas em combinação com as terapias convencionais, demonstraram melhores resultados, quando usadas de forma isolada ou combinada. Neste sentido, a eletroterapia, associada ou não, a terapia convencional é a mais frequentemente utilizada. Da mesma forma, a neuromodulação aplicadas em áreas do córtex motor da língua e faringe, também levou a melhorias na disfagia. Outros tipos de terapias mencionadas foram exercícios resistidos da língua, exercício de Shaker e acupuntura.

Nos estudos analisados Chen et al. (2015), concluem que a estimulação elétrica neuromuscular na reabilitação da disfagia, torna esta última mais efetiva, sendo a evidência científica insuficiente para indicar que a estimulação elétrica neuromuscular isolada é superior a outro tipo de terapia.

Outro estudo, elaborado por Simonelli et al. (2019), assim como Huang et al. (2014), confirmam que o uso combinado de terapias tradicionais com estimulação elétrica neuromuscular para a DO, melhoram a capacidade de deglutição pós-AVC.

Cada vez mais o uso combinado de terapias para a reabilitação da DO, revela ser a opção mais completa. Recentemente, o uso *Kinesio taping*, com terapias tradicionais e estimulação elétrica neuromuscular revelou ganhos na reabilitação da DO, com validação num *follow-up* tardio (Guleç et al. (2021)).

2. A TEORIA DAS TRANSIÇÕES NA ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), de acordo com o Regulamento de Competências Específicas do EEER (2019), concebe, implementa e monitoriza planos de cuidados de reabilitação diferenciados, de acordo, com problemas reais e potenciais das pessoas, por forma a melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa. Tendo em conta o seu conhecimento diferenciado e experiência acrescida atua na promoção da saúde, prevenção de complicações, no tratamento e reabilitação, maximizando o potencial da pessoa, com a promoção de capacidades adaptativas para o autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde doença e/ou incapacidade.

Na enfermagem, segundo Meleis (2012), citada por Queirós (2019), as várias interações entre enfermeiro-doente baseiam-se no processo de enfermagem, por forma, a melhorar ou facilitar a saúde. Neste sentido, surge o conceito de Transição proposto por Meleis, como conceito central na disciplina de enfermagem.

Importa relembrar, segundo Sousa, Martins e Novo (2020), a intervenção de enfermagem está dirigida para as experiências humanas de transição, em que a doença pode ser um dos motivos, que leva os enfermeiros a assumir um papel facilitador para com a pessoa, por forma a lidar com esta nova situação de forma saudável.

Segundo Meleis (2010), a transição caracteriza-se por uma passagem de um estado estável para outro estado também ele estável, que se iniciou com uma mudança. Assume-se, como um processo individual, pois depende da perceção de cada pessoa, sendo assim, singular e complexo.

A Transição é um processo que leva à incorporação das novas mudanças no modo de vida, por quem a vivencia, reorientando e redefinindo o modo de ser e estar, Meleis (2012), citada por Queirós (2019).

O EEER, ocupa um lugar de interação constante com a pessoa a viver uma mudança no seu estado de saúde atual. A mudança é inerente ao dia a dia, é externa, refere-se a uma situação, porém, a forma como cada um vivencia e responde à mesma, é diferente e pode requerer um processo de adaptação, sendo assim determinante o papel do EEER no acompanhamento da pessoa que experiencia uma situação de transição independência/autonomia para a dependência.

Pelo seu papel ativo, o EEER, vivencia processos de transição saúde doença, e a forma como estes influenciam a vida das pessoas. Desempenha, assim, um papel fundamental perante uma transição eminente, de modo a facilitar processos de conhecimento e

aprendizagem de novas capacidades. Podem ser exemplo de transições, que tornam a pessoa vulnerável, as experiências de doença como um diagnóstico, procedimentos cirúrgicos, reabilitação e recuperação (Meleis, 2010).

A transição pressupõe mudanças que requerem ajustamento e adaptação. É nesta fase de desajustamento que a enfermagem potencia as capacidades da pessoa. Isto é, a transição resulta da ocorrência de um evento crítico agudo, neste caso um AVC, originando alterações na autonomia e independência da pessoa. É no desenvolvimento do processo adaptativo a uma nova condição de saúde, que a enfermagem assume um papel preponderante (Petronilho, 2013).

Caracterizando-se por ser um fenómeno complexo, são definidas um conjunto de propriedades comuns, que no dia a dia da enfermagem, permitem perceber de que forma a transição está a decorrer ou não. Assim, a consciencialização permite saber se a pessoa reconhece a experiência de transição, a sua perceção e conhecimento sobre, permitindo-lhe encontrar uma coerência para o que esta a vivenciar e reorganizar-se a um novo modo de viver. A forma como a pessoa se envolve neste processo é determinante para uma transição bem-sucedida (Petronilho, 2013).

A consciencialização constitui o pilar da transição, está relacionada com conhecimento e o reconhecimento de uma experiência de transição, ou seja, que algo está diferente, a nível físico, emocional, social ou ambiental. Porém, a sua ausência significa que a pessoa pode não ter iniciado a experiência de transição (Sousa et al., 2020).

Ainda como propriedade da transição, a mudança (podem ser vivenciadas várias no processo de transição) requer que seja identificada a sua influência, na pessoa e família (e até socialmente). O período de tempo da transição, inicia-se com o abandono do conceito de saúde anterior, até ao alcance de um novo período de estabilidade (Faria, 2014).

Como última propriedade, identifica-se o evento crítico, entendido como um acontecimento marcante, que frequentemente, promove a consciencialização e envolvimento na transição. Em alguns casos, caracteriza-se pela rutura com a realidade anterior, podendo deixar a pessoa vulnerável, sendo assim, é crucial que o EEER, reconheça e possa acompanhar estes momentos, por forma a facilitar o processo de transição (Petronilho, 2013).

No que se refere à natureza das transições, Meleis et al. (2000) citado por Faria (2014), define três tipos: pessoais (relacionado com significados, crenças, estatuto socio económico, e conhecimento prévio), comunitárias (suporte familiar, informação, modelos) e sociais (relacionado com as condições da sociedade).

O estabelecimento de um plano de cuidados pelo EEER, comtempla as terapêuticas de enfermagem promotoras de um processo de transição individual para a pessoa e família, permitindo redefinir alterações de funções corporais, prevenir complicações, ensinar e treinar a aquisição de estratégias adaptativas para a nova condição de saúde, promovendo uma transição saudável (Silva et al., 2019).

Estas três condicionantes permitem assim, perceber e compreender a pessoa de uma forma global e as sua repostas no processo de transição.

Compreender as propriedades e condições inerentes ao processo de transição, permite o desenvolvimento cuidados de enfermagem congruentes e promotores para uma resposta saudável à transição (Meleis et al., 2000).

Com o terceiro domínio da Teoria das Transições, que se refere às respostas, existem dois tipos de indicadores: de processo e resultado. Os indicadores de processo muito relacionados com a pessoa e a harmonia existente, no que se refere, a sentimentos, interação (o estar ligado), a confiança e coping. Os indicadores de resultado, que demonstram o grau de aproximação (ou não) da experiência de transição com a qualidade de vida percecionada pela pessoa. Facilitam a identificação do final da transição. São indicadores de transição saudável o bem-estar subjetivo, a mestria e bem-estar nas relações (Meleis, (2010) citado por Queirós (2019)).

Ao EEER é reconhecido e identificado a competência na capacitação da pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício de cidadania. Deste modo, e tendo por base o processo de transição saúde-doença, o EEER, de forma autónoma, desenvolve e implementa com a pessoa intervenções promotoras do conhecimento e aprendizagem, através do ensino, instrução e treino (Sousa et al., 2020).

O referencial teórico de Afaf Meleis, emerge assim, como a consolidação e base da conceção da Enfermagem de Reabilitação, facilitando e permitindo a sua intervenção no processo de transição. Este modo de intervenção individual, por parte do EEER, dirigida para o conhecimento e aprendizagens de capacidades da pessoa, proporciona o desenvolvimento de habilidades ao nível do autocuidado, atividades de vida diária face a sua nova condição de saúde, possibilitando em simultâneo a maximização do potencial, do conhecimento e das capacidades (Sousa et al., 2020, Silva et al., 2019).

3. CONTEXTUALIZAÇÃO DA PROBLEMÁTICA EM ESTUDO

Tendo por base as orientações legais que norteiam a sua função, o EEER, tem a mais valia de puder desempenhar, uma função primordial no acompanhamento da pessoa, nesta fase tão vulnerável da sua vida, que é o caso da ocorrência de um AVC.

Sendo conhecidas as alterações decorrentes do AVC, desde motoras, sensoriais, cognitivas, o acompanhamento da pessoa com AVC, exige sem dúvida um envolvimento multidisciplinar. Porém, a enfermagem, em especial o EEER, dotado de um conjunto de conhecimentos especializados, encontra-se num patamar principal de acompanhamento, assistência e facilitação à pessoa com AVC.

A possibilidade de poder acompanhar diariamente, a pessoa com AVC com deglutição comprometida por PFC, no contexto de cuidados de enfermagem de reabilitação, permite estar desperto e atento, para as implicações que a mesma exerce na pessoa.

Refletindo e agindo com a pessoa, tendo por base um ser com necessidades e capacidades, o desempenho do EEER, irá moldar-se de acordo com as potencialidades e capacidades desta. Perante o "confronto" da pessoa como seu estado atual, este pode ser motivo de desespero e desânimo face ao seu futuro, por um estado atual de dependência, devido a alterações da sua fisionomia, comunicacionais e todo um conjunto de manifestações, até então inexistentes.

O ato de alimentar-se no ser humano, para além de ser um ato de sobrevivência, o mesmo engloba um conjunto de sensações inerentes ao bem-estar da pessoa aos vários níveis. Assim, compreende-se que a alteração da deglutição (DO) decorrente do AVC represente mais que uma manifestação motora e sensorial uma limitação à vida de relação da pessoa, se não for alvo de cuidados enfermagem especializados.

A presença de PFC, na pessoa pós-AVC, surge na maioria das vezes como um dos primeiros sinais do AVC, persistindo do mesmo modo, como outras alterações motoras daí decorrentes. Neste sentido, o processo de reabilitação também irá incluir a motricidade facial.

Pela sua ligação anatomofisiológica, o compromisso da deglutição, em específico na fase oral e a sua relação entre a PFC representam sinais major de atuação do EEER, quer no *screening* da disfagia e adaptação da consistência da dieta, como na execução de um plano de reabilitação dirigido à motricidade orofacial. Todo este processo só é possível, primeiramente, com a consciencialização, envolvimento e participação da pessoa em causa.

PARTE II – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

1. METODOLOGIA

A elaboração desta dissertação intitulada por: A pessoa com compromisso na deglutição por paresia facial central pós-AVC – desenvolvimento de um programa de enfermagem de reabilitação, desenvolveu-se em várias etapas.

Tendo por base esta temática a questão de investigação que deu início a este percurso de investigação foi:

- Quais as intervenções de Enfermagem de Reabilitação para a pessoa com compromisso a deglutição por PFC pós-AVC?

Para dar resposta à questão anteriormente colocada, foi elaborada uma revisão sistemática, permitindo dar uma síntese abrangente e imparcial de muitos estudos relevantes em um único documento, com uma metodologia rigorosa e clara, por forma, a sintetizar e resumir o conhecimento existente (Aromataris & Mun, 2020).

Na elaboração da revisão sistemática em causa foi tido como guia o método definido pelo Joanna Briggs Institute (JBI) para a realização da mesma.

Tendo por base Arksey e O`Malley (2005) citados por Apóstolo (2017), o desenvolvimento de uma revisão sistemática tem por base quatro motivos, ser um método de avaliação para mapear áreas de estudo, determinar a valia ou não de realizar uma revisão sistemática, divulgar dados de investigação de forma sistematizada e resumida, identificar o estado da investigação sobre determinada área.

Como objetivo geral pretendeu-se desenvolver um programa de reabilitação para a pessoa com compromisso na deglutição por paresia facial central pós-AVC. Atendendo ao mesmo, e tendo por base, os tipos de revisão sistemática existentes, de acordo com o Instituto Joanna Briggs, foi selecionada a revisão sistemática do tipo rSc.

Esta última pode ser usada para mapear conceitos que sustentam um campo de pesquisa, como também, esclarecer as definições de trabalho e/ou os limites conceituais de determinado tema. Este tipo de revisão não tende a produzir e relatar resultados que foram sintetizados a partir de várias fontes de evidência, mas sim fornecer uma visão geral ou mapa das evidências existentes (Aromataris & Munn, 2020).

Desta forma, o mapeamento do conhecimento poderá dar a conhecer aspetos relevantes, no que se refere aos cuidados de enfermagem de reabilitação, tendo por

base a evidência científica disponível, desenvolver conhecimento e/ou necessidades de novos estudos face às lacunas identificadas.

Tendo por base o objetivo geral descrito anteriormente, houve necessidade de definir dois objetivos específicos, que de uma forma indireta, direcionaram o percurso de investigação em duas fases.

A primeira fase orientada no sentido de dar resposta ao primeiro objetivo específico, através da elaboração de uma rSc.

1. Mapear as intervenções de enfermagem de reabilitação para a pessoa com compromisso da deglutição por paresia facial central após AVC.

Com este tipo de revisão foi possível conhecer quais os programas de reabilitação e os *outocomes* avaliados nos mesmos, para a pessoa com compromisso da deglutição por PFC pós AVC.

Com estes dados de evidência, foi possível construir um programa de Enfermagem de Reabilitação dirigido à pessoa com compromisso na deglutição por PFC pós-AVC.

A segunda fase, foi orientada pelo segundo objetivo específico:

2. Desenvolver um programa de enfermagem de reabilitação para a pessoa com compromisso na deglutição por paresia facial central após AVC.

Nesta etapa, foi desenvolvido um estudo qualitativo, sendo utilizado um grupo focal que permitiu conhecer opiniões variadas e argumentos baseados no conhecimento e na prática dos envolvidos, face ao programa de Enfermagem de Reabilitação exposto.

A concretização desta dissertação é dada como concluída com a elaboração de um projeto de melhoria continua da qualidade neste âmbito.

A rSc é assim utilizada, para mapear os principais conceitos que sustentam um campo de pesquisa, bem como esclarecer as definições de trabalho e/ou os limites conceituais de um tópico (Peters et al., 2020).

Para concretização desta dissertação, face ao percurso inerente de investigação, foi solicitado o parecer da Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra tendo a mesma se manifestado favorável à execução do estudo (Anexo I), pela sua pertinência e utilidade.

Face à realização do grupo focal foi garantida a participação livre, voluntária e informada de cada um dos participantes, assim como, o anonimato e confidencialidade dos dados recolhidos, com a destruição da gravação áudio após transcrição da mesma.

FASE I

2. REVISÃO SCOPING

Para responder ao objetivo específico 1, foi realizada uma rSc segundo a JBI.

2.1. QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

1. Quais os programas de reabilitação para a pessoa com compromisso na fase oral do processo de deglutição por paresia facial central pós-AVC?

2. Quais os *outcomes* avaliados nos programas de reabilitação para a pessoa com compromisso na fase oral do processo de deglutição por paresia facial central pós-AVC?

2.2. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO/ CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Peters et al. (2020), tendo por base o método definido pelo JBI, apresenta como critérios de elegibilidade a população, o conceito e o contexto.

<u>População</u>

Assim, no que respeita à população foram incluídos todos os estudos que envolvam pessoas com AVC, isquémico e hemorrágico, em fase aguda/subaguda, com estado de consciência vigil, do sexo masculino e feminino com idade superior a 19 anos de idade com compromisso na fase preparatória oral e oral da deglutição por PFC.

<u>Conceito</u>

Para o conceito foram considerados todos os estudos em que tenham sido implementados programas de reabilitação orofacial (exercícios/técnicas) dirigidas à pessoa com AVC, com compromisso na fase preparatória oral e oral da deglutição por PFC.

<u>Contexto</u>

No que se refere ao contexto foram ponderados todos os estudos que tenham sido implementados e avaliados programas de reabilitação orofacial em contexto de internamento agudo/subagudo e centros de reabilitação a pessoas com AVC, com compromisso na fase preparatória oral e oral da deglutição por PFC.

2.3. ESTRATÉGIA DE PESQUISA

Tendo por base o enunciado do JBI (2015), a realização da Revisão Scoping incluiu três etapas.

Na primeira etapa , foi realizada uma pesquisa inicial, em bases como a MEDLINE (via PubMed), CINAHL (via EBSCOhost),Cochrane Library, Prospero e Google Académico, permitindo conhecer e identificar as palavras presentes no título e resumo e quais palavras-chave utilizadas para relatar os artigos.

Numa segunda etapa, foi realizada uma pesquisa utilizando as palavras-chave e termos de índice encontrados em todos os bases de pesquisa incluídas.

Foram consideradas fontes todos os tipos de estudos, com intervalo de dez anos, 2011-2021, no sentido de obter dados de evidência científicos recentes, (primários e secundários) quantitativos, qualitativos e mistos, teses de doutoramento, dissertações de mestrado, revisões sistemáticas, textos de opinião, relatórios e *guidelines*, com informação ajustada ao mapeamento de informação prevista, inclusive a literatura cinzenta.

Para uma pesquisa mais abrangente e exaustiva foram tidos em conta todos os estudos em português, inglês e espanhol.

Nas duas tabelas, abaixo apresentadas, é exposta a estratégia de pesquisa final utilizada, com os termos MeSH definidos e respetivos termos booleanos, na base de dados MEDLINE (via PubMed) e na CINAHL (via EBSCOhost).

Tabela 6 - Estratégia de Pesquisa para a MEDLINE (via PubMed)

Estratégia	Resultados
(("Stroke"[Mesh] OR "Stroke"[Title/Abstract])) AND (("Facial Paralysis"[Mesh] OR "Facial Par*"[Title/Abstract] OR facial dysfunction[tiab] OR "lip closure"[tiab]) AND ("Deglutition"[Mesh] OR Deglutition[Title/Abstract] OR swallow*[tiab] OR dysphagia[tiab] OR "Deglutition Disorders"[Mesh])) AND (("Rehabilitation Nursing"[Mesh] OR Rehab*[Title/Abstract] OR "Rehabilitation"[Mesh] OR training[tiab] OR manag*[tiab]))	11

Tabela 7 - Estratégia de Pesquisa para a CINAHL Complete (via EBSCOhost)

Estratégia	Resultados
(((MH "Stroke" OR TI Stroke OR AB stroke)) AND ((MH "Facial Paralysis" OR TI "Facial Par*" OR AB "Facial Par*" OR TI "facial dysfunction" OR AB "facial dysfunction" OR AB "lip closure") AND (MH "Deglutition" OR TI Deglutition OR AB Deglutition OR TI swallow* OR AB swallow* OR TI dysphagia OR AB dysphagia OR MH "Deglutition Disorders"))) AND ((MH "Rehabilitation Nursing" OR TI rehab* OR AB rehab* OR MH "Rehabilitation" OR TI training OR AB training OR TI manag* OR AB manag*))	3

Em terceiro lugar foi efetuada a pesquisa nas referências bibliográficas nos artigos que foram selecionados por texto completo e/ou incluídos na revisão, para obter fontes adicionais.

Na seleção da fonte de evidência e extração de dados através da pesquisa efetuada, todos os artigos encontrados por meio da pesquisa nas fontes de dados, foram armazenados no Mendeley® V1.19.8 (Mendeley Ltd., Elsevier, Netherlands) e removidos os duplicados. O teste piloto foi realizado por toda a equipa de revisão antes do título e resumo e triagem de texto completo. Para a primeira etapa (título/resumo) foram utilizados 5% do total da busca para atingir aproximadamente 75% de concordância entre os revisores. Na segunda etapa, 25% dos artigos em texto completo foram utilizados para atingir o mesmo grau de concordância. Dois revisores independentes analisaram os títulos e resumos para determinar se eles atendiam aos critérios de inclusão.

Os estudos selecionados por texto completo foram avaliados em detalhe, em relação aos critérios de inclusão por dois revisores independentes, não havendo critérios de exclusão destes.

No que se refere à lista de referências de todos os estudos incluídos na revisão, foram pesquisados manualmente. As divergências entre os revisores foram analisadas nos momentos em que surgiam, através da discussão e reflexão.

2.4. RESULTADOS

Um total de 13 estudos potencialmente relevantes (após remoção dos que estavam em duplicado) foram identificados para a seleção de estudos. Foram excluídos pela avaliação do título 6 estudos. Pela avaliação do resumo destes 6 foram excluídos 3.

As versões de texto completas foram lidas para 3 artigos, sendo que estes apresentavam critérios de inclusão. Estes 3 artigos forma publicados entre 2015-2018, e combinados, representam estudos de intervenção em 90 pessoas. A média de idade relatada variou entre 46-82 anos maioritariamente homens. Os estudos decorrem 2 na Suécia e 1 na República da Coreia. Foi também incluído um manual em espanhol com orientações no âmbito da avaliação e reabilitação da DO.

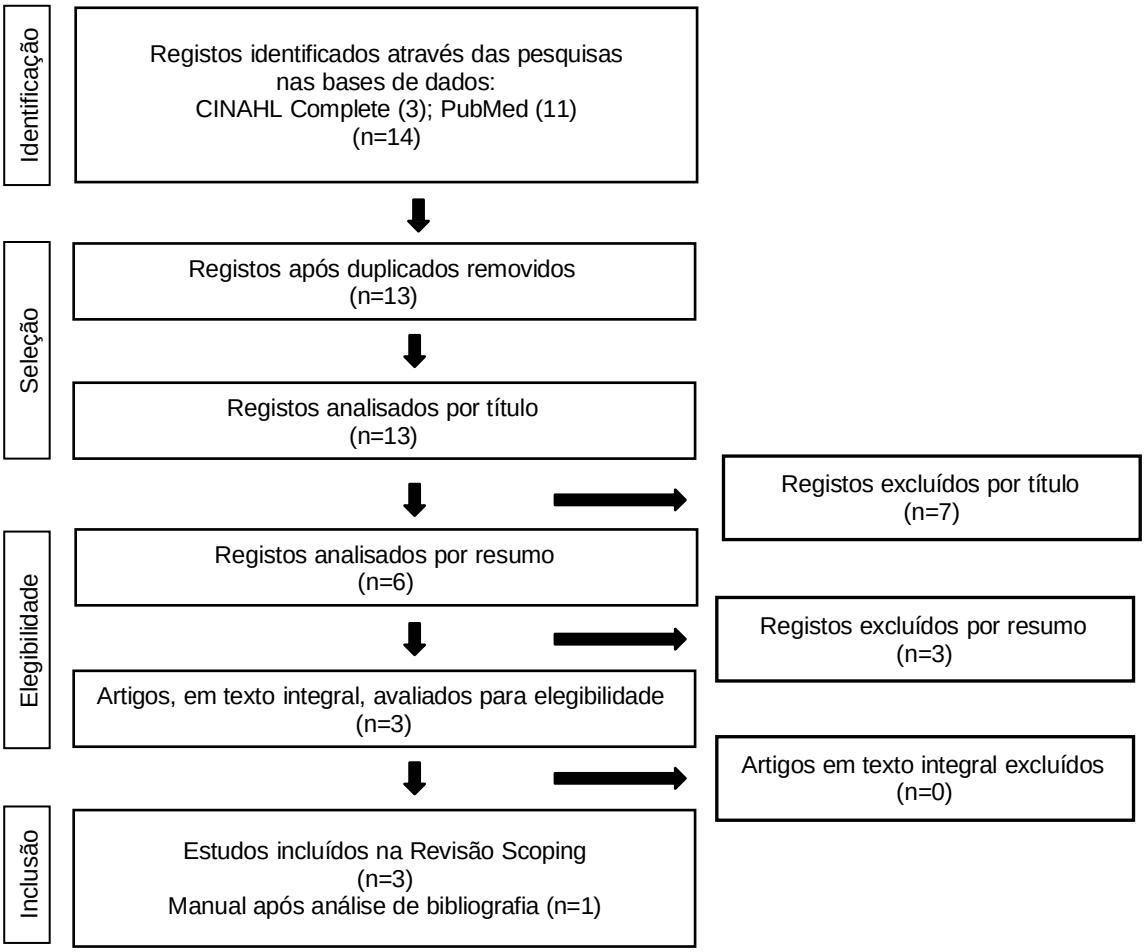


Figura 1 - Fluxograma PRISMA do processo de seleção de estudos

No Apêndice II segue a apresentação da respetiva tabela de extração de dados executada com a seguinte informação: autores, ano de publicação, dimensão da amostra, metodologia e os objetivos do estudo, identificação das intervenções realizadas e duração das mesmas e conclusões que vão de encontro às questões de investigação.

Da análise da extração de dados dos três estudos que reuniram critérios para serem incluídos na respetiva revisão, é possível identificar, de que forma, são estruturados e

constituídos os programas de reabilitação para a pessoa com deglutição comprometida por PFC pós-AVC.

Nos dois estudos desenvolvidos por Hägg e Tibbling, todos os doentes envolvidos nos estudos apresentavam disfagia e PFC pós-AVC, com capacidade de cooperação, e existência de apenas uma doença do foro neurológico (AVC). Nos dois estudos foi efetuada a avaliação da atividade facial e a capacidade de deglutição em vários momentos.

No primeiro estudo analisado (Hägg Tibbling, 2015), do tipo comparativo, para conhecer os efeitos do dispositivo oral de tela acrílica (IQoro®) e o uso de Placa Palatina (PP) pós-AVC com disfunção facial ao nível dos quatro quadrantes e com disfagia, foram utilizados dois grupos, um executava treino com PP e outro com tela IQoro®. Todos os elementos dos dois grupos apresentavam valores de atividade facial preditivo de presença de PFC. O score do teste de atividade facial no quadrante facial contralateral à lesão cortical diminuiu tendo como referência o valor antes do tratamento até ao follow-up tardio. No grupo tela IQoro® com valores de 1.8 iniciais para 0.4 no *follow-up*, no grupo com PP de 2.5 para 0.4. Para a capacidade de deglutição, no grupo da Tela IQoro® 6% dos elementos apresentavam valores normais no início e 50% no final do tratamento. Com o uso de PP 8% dos doentes tinham capacidade de deglutição normal no início do tratamento e 31% no final do mesmo.

As mesmas autoras, em outro estudo selecionado, investigaram quais os efeitos da estimulação intraoral com a tela IQoro® na PFC e na capacidade de deglutição na fase subaguda e tardia pós AVC. Para tal foi avaliada a atividade facial, Força Labial (FL), e a capacidade de deglutição. Dos 31 doentes em estudo, todos apresentavam PFC, sendo que 31% do total de doentes no fim do tratamento apresentavam uma função normal da atividade facial no quadrante inferior da face contralateral à lesão cortical (27% no grupo que iniciou o tratamento 5 semanas pós-AVC (grupo I) e 35% no grupo que iniciou tratamento 57semanas pós-AVC (grupo II). A capacidade de deglutição com valores normais foi registada em 7% dos doentes no primeiro teste e, 42% no final do tratamento e 43% no follow-up (respetivamente 0%, 46% e 46% no grupo I, e 10%, 40% e 40% no grupo II).

O efeito do treino na força muscular no músculo orbicular e a função de encerramento labial em doentes pós-AVC com alterações da deglutição e paresia facial central, foi estudado por Park et al. (2018), obtendo resultados, após intervenção, estatisticamente significativos através de um dispositivo de treino oral. Houve um aumento da força muscular a nível do orbicular de 20.5 ± 5.15 para 25.3 ± 4.2 kilopascal e no

encerramento labial os valores também demonstraram evolução com 2.6 ±1.5 para1.2 ± 1.0.

No manual de Guia de diagnóstico e de tratamento nutricional e reabilitação da DO, são definidos exercícios musculares ao nível orofacial com o recurso a dispositivos do dia-a-dia que permitem exercitar grupos musculares responsáveis pela deglutição e mímica facial.

2.5. DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Nos estudos selecionados para esta rSc, onde se pretende conhecer quais os programas de reabilitação e os *outocomes* avaliados nos mesmos, para a pessoa com compromisso na deglutição por PFC pós AVC, destacam-se o treino com placa palatina, o treino com a tela oral do tipo IQoro®, e o treino da musculatura labial.

Para facilitar a análise dos estudos selecionados, no que se refere à sua implementação prática, quais os dados avaliados, os programas de reabilitação implementados e *outcomes* obtidos, é apresentada uma contextualização dos mesmos.

O termo de terapia orofacial foi desenvolvido por Castillo Morales em crianças com Síndrome de Down. A mesma baseia-se no reconhecimento de sintomas típicos apresentados pelas crianças com esta síndrome (expressão facial, respiração, alterações na deglutição, discurso e função mandibular). O conceito deste tipo de terapia, é baseado na interdependência do complexo orofacial (músculos orofaciais, mandíbula e orofaringe), respiração, controlo da cabeça e postura corporal na deglutição. Neste sentido, o tratamento compreende regulação corporal, regulação orofacial manual, aplicação de placa palatina e treino do encerramento velofaríngeo. Este tipo de terapia baseia-se não apenas em exercícios musculares, mas também na melhoria do arco reflexo sensório-motor envolvido na deglutição, e o conhecimento que a função da face e orofaringe na deglutição estão interrelacionadas com a postura corporal e com uma apropriada respiração (Hägg & Larsson, 2004).

Tendo por base este tipo de terapia Hägg e Larsson (2004), a mesma foi dirigida a doentes com AVC, inicialmente testada em sete doentes com disfagia persistente seis meses após-AVC, com resultados promissores ao nível da deglutição apresentando sinais de evolução positivos, demonstrando que a terapia de regulação orofacial (de acordo com Castillo Morales), podia ser aplicada aos doentes com AVC com DO.

O uso de uma tela oral (prefabricada), no estudo de Hägg, Olgarsson e Anniko (2008), revelou, que o seu uso em doentes com disfagia orofaríngea, pós-AVC, um aumento da

força labial (FL). A diferença entre a força labial dos doentes com AVC com paresia facial e aqueles sem paresia facial não foi significativa. Neste sentido, perceber qual a relação entre a força labial e a capacidade de deglutição, passa por entender a ação do nervo facial. Este inerva não apenas os músculos dos lábios, como também o bucinador, o estilo-hióideo, a parte posterior do musculo digástrico, os quais estão todos envolvidos no mecanismo da deglutição.

Aparentemente existe uma paresia facial "subclínica" na pessoa com AVC, que origina uma diminuição da FL sem sinais exteriores de presença de paresia facial. Esta parece estar relacionada com o compromisso da deglutição (Hägg & Anniko, 2010).

Ao longo dos anos a terapeuta Mary Hägg e seus colaboradores, procuram demonstrar e eficácia do uso de uma tela oral como terapia de reabilitação na pessoa após-AVC com PFC e disfagia orofaríngea, procurando dados de evidência que revelassem a sua eficácia neste âmbito.

Nos estudos analisados destacam-se três conceitos inerentes e comuns aos mesmos: dados de avaliação, das pessoas incluídas nos mesmos, programas de reabilitação implementados e *outcomes* obtidos.

2.5.1. Dados de avaliação.

O Teste de Atividade Facial (TAF) definido por Hägg e Larsson (2004), que inclui sete diferentes tipos de exercícios, cotados de numa escala de 5 pontos, sendo usado para medir a função motora de todos os quatro quadrantes faciais. Os doentes numa posição de sentado realizavam um conjunto de movimentos faciais para a parte superior da face (fechar os olhos, levantar as sobrancelhas, enrugar as sobrancelhas), na parte inferior da face (enrugar o nariz, fazer beicinho, sorrir, e repetir o som "oh-eeh" três vezes) o mais rápido possível, sendo atribuído um score para cada quadrante dividido pelo número de itens testados.

O Teste de Capacidade de Deglutição (TCD), os doentes eram quantificados como 0 na capacidade de deglutição, quando eram incapazes de engolir ou apresentavam alterações da deglutição (testados com colheres de chá com água uma a três vezes). Em outros casos, os doentes são instruídos a deglutir 150ml de água o mais rápido possível sem pausas, sendo monitorizado o tempo de ingestão da água até à última deglutição, medida a quantidade de água restante o copo, a capacidade de deglutição é definida pela quantidade de água deglutida dividida pelo tempo, sendo 10ml/s o limite mínimo normal (Hägg & Larsson, 2004).

Por último a Força Labial (FL), é monitorizada através de um monitor de tensão colocado pré- dentalmente, por meio de uma tela oral acrílica registando a capacidade labial em suportar uma pressão de tração. A pessoa é instruída a segurar a tela oral o máximo de tempo possível, resistindo à força de tração apertando os lábios, estando conectado a uma unidade eletrónica que permite medir a FL máxima em Newtons (N), sendo o limite mínimo normal de 15 N (Hägg, Olgarsson & Anniko , 2008).

2.5.2. Programas de reabilitação identificados

Face aos estudos analisados, importa conhecer a forma como cada terapia funciona por forma a compreender o propósito das mesmas e ganhos obtidos. A PP é concebida por forma a realizar uma estimulação orofaríngea dos recetores táteis para os ativar e passivamente estimular o mecanismo do bucinador, criando uma pressão intraoral negativa e iniciar o reflexo da deglutição. O facto de constituir um objeto "estranho" provoca um aumento do contato entre a língua e o palato, promove a contractilidade da língua no sentido superior e posterior, ativando o musculo elevador dos cantos da boca, o zigomático, e o bucinador, melhorando a deglutição orofaríngea (Hägg & Tibbling, 2013).

Por sua vez o treino com a tela oral (IQoro ®), estimula os recetores táteis orofaríngeos e a função motora para executar o encerramento e iniciar a atividade do mecanismo do bucinador fornecido pelo nervo facial, plexo faríngeo incluindo o nervo glossofaríngeo e o vago. Ao puxar a tela oral, a membrana mucosa intraoral enervada pelo nervo trigémeo é estimulada, acionando toda a atividade em cadeia, desde os lábios até à faringe. O tónus dos músculos da região infra oral aumenta, levando a uma retração da língua, e uma estimulação sensorial do arco facial anterior e palato mole. Também os músculo estilo-hióideo e parte posterior do músculo digástrico são ativados. Todas estas atividades são pré-requisitos para atingir uma pressão intraoral negativa e iniciar o reflexo de deglutição (Hägg &Tibbling, 2013).

Assim, a diferença entre as duas modalidades é que a PP aciona os músculos um a um, enquanto a tela oral aciona toda a atividade da cadeia neuromuscular, que é igual ao início da deglutição. Contrariamente à tela oral, a PP estimula o mecanismo do bucinador passivamente, sendo a primeira um tipo de treino ativo do musculo estriado com ganhos de força muscular num período de tempo menor em relação ao modo de treino passivo (Hägg &Tibbling, 2015).

A estimulação intraoral através de uma tela oral acrílica (IQoro®), consiste num treino em que: o mesmo é colocado na região entre os lábios e os dentes com os lábios

fechados, a pessoa pressiona os lábios com firmeza e puxa com força para a frente durante cerca de 5-10'', repetindo o exercício três vezes com 3'' de intervalo entre cada repetição. Este treino deverá ser executado 3 vezes ao dia, preferencialmente antes das refeições (Hägg & Tibbling, 2016).

No estudo de Hägg e Tibbling (2015) foi estudado o efeito da estimulação intraoral com dispositivo de tela oral acrílica (IQoro®), ou PP em 31 doentes, todos com PFC, 5 semanas após-AVC num grupo e outro após 57 semanas do evento, para investigar qual efeito nos sintomas apresentados a curto e alongo prazo após-AVC, e assim, conhecer as vantagens do seu uso.

As técnicas de estimulação intraoral, estimulam vários nervos cranianos sensitivos e motores, no qual se inclui o nervo facial que inerva os lábios, o musculo estilo-hióideu, a região posterior do musculo digástrico, o musculo bocal, o musculo constritor superior faríngeo e o musculo elevador do véu palatino. Esta conjugação de aspetos neurofisiológicos, relaciona-se deste modo, com os dados de melhoria apresentados ao nível da capacidade de deglutição e na função motora facial no final do tratamento, revelando assim, uma regulação sistémica comum ao nível orofacial e deglutição.

Park et al., (2018), estudaram em 10 doentes pós-AVC com disfagia e paresia facial o efeito do treino na força muscular no músculo orbicularis e no encerramento labial. Estes, para além da terapia de reabilitação tradicional, receberam treino de resistência do musculo orbicular, utilizando um dispositivo tipo "pera" de borracha, que atua como um sensor de pressão para o instrumento de performance oral, colocado entre um tampão descartável e os lábios.

2.5.3. *Outocomes* obtidos

No estudo de Hägg e Tibbling (2015) onde foi efetuada terapia com dispositivo de tela oral acrílica, num grupo após 5 semanas pós-AVC e noutro 57 semanas pós AVC, foi avaliado o TAF, o TCD e a FL em três momentos distintos: antes de iniciar o tratamento, 3 meses após o tratamento, e num follow-up após um ano do final do tratamento. Verificou-se que a estimulação sensorial e motora melhorou de forma significativa a função facial, através dos dados do TAF, como também a disfagia pelo TCD.

O aumento da FL nos dois tipos de estimulação intraoral revela a capacidade do nervo facial em ativar os músculos labiais e a sua força muscular.

No estudo comparativo entre o efeito do uso do IQoro® e a Placa Palatina (Hägg e Tibbling (2015)) nos doentes pós-AVC com alterações nos quatro quadrantes faciais e

com disfagia, foram utilizados dois grupos, em que todos os elementos apresentavam PFC e disfagia. Durante 3 meses cada grupo realizou treino um com Placa Palatina (três vezes por dia durante 10-30') e outro com IQoro® (3 vezes por dia 30'' antes de cada refeição).

Os ganhos obtidos através do treino com PP e com IQoro® foram similares nos resultados nos quatro quadrantes faciais. Porém o uso de PP, para o treino de deglutição é comparativamente mais caro, dada à necessidade de impressão, para uso individual, em relação ao maxilar superior, requer mais tempo de treino, e não pode ser utilizada em doentes com ausência de dentes necessários para a reter a PP, a invenção do IQoro® permitiu facilitar a acessibilidade, tratamento e redução do custo do treino.

No respetivo estudo comparativo entre as duas modalidades de treino, os resultados foram semelhantes, no que se refere às melhorias apresentadas mesmo com tempos iniciais diferentes após o AVC, levando os autores a excluir a possibilidade de melhoria fosse relacionada com a remissão espontânea dos sintomas estudados.

Porém no estudo de Hägg e Tibbling (2013), onde foram avaliados o efeito duradouro e as diferenças de resultado entre a PP e a tela oral no treino de doentes com disfagia pós-AVC, os resultados após o treino com a tela oral no doente com disfagia pós-AVC foram superiores em relação à placa palatina.

No estudo em causa, embora com resultados semelhantes nas duas modalidades de treino, o uso do IQoro®, é superior ao uso de PP, pelo período de tempo mais curto que requer de treino diário e na efetividade do seu uso em doentes com cognição prejudicada e habilidades de cooperação diminuídas.

Foram obtidos ganhos ao nível da PFC e na capacidade de deglutição, persistindo nos dois grupos após um ano do términus do tratamento, como também, foi observado que o músculo estriado paralisado pode ser ativado novamente, provavelmente relacionado com a plasticidade do cérebro em reorganizar a atividade do nervo craniano no quadrante inferior da face contralateral à lesão cortical.

Os resultados do estudo demonstraram ganhos no quadro de PFC e disfagia pós-AVC, com tela oral e PP, persistindo até ao follow-up. Contudo o uso do IQoro® é mais prático e económico que a PP.

Os resultados do estudo de Park et al. (2018), demonstraram que o treino do musculo orbicular é efetivo no aumento da força muscular e na função do encerramento labial. Um encerramento apropriado dos lábios previne o escape de comida para fora dos mesmos, sendo a contração do musculo orbicular fundamental para o encerramento

labial. A evolução do encerramento labial, na fase preparatória oral e oral da deglutição foi validada através de videofluroscopia.

Embora a população em estudo seja pequena, o mesmo não apresentou resultados de um follow-up tardio, não sendo assim possível, determinar a durabilidade dos seus efeitos.

Em comparação com os estudos anteriores, embora não sejam identificados ganhos na PFC, apenas na capacidade de deglutição, o mesmo, salienta a importância da força labial no processo de deglutição aquando da ocorrência do AVC.

No estudo de Hägg e Anniko (2010), sobre a influência da FL na capacidade de deglutição em doentes com AVC e pessoas saudáveis, revelou qua as alterações na FL influenciam fortemente a capacidade de deglutição nos doentes com AVC com disfagia orofaríngea. A FL e a capacidade de deglutição são dependentes do mesmo complexo sistema sensório motor tornando assim percetível a relação entre os dois.

Recente Hägg et al. (2020), estudaram o treino neuromuscular oral em doentes com disfagia pós-AVC (estudo prospetivo randomizado), demonstrando que apenas o treino neuromuscular tem efeitos a longo prazo no que se refere aos ganhos na capacidade de deglutição e força muscular labial, validando mais uma vez a dependência simultânea destes do mesmo complexo de neuromuscular.

A análise do manual de Guia de diagnóstico e de tratamento nutricional e reabilitação da DO, o mesmo está concebido de acordo com a evidência científica atual, sendo dirigido a profissionais de saúde que cuidam de pessoas com DO, fornecendo ferramentas e conceitos práticos para o diagnóstico, tratamento desta afeção. Assim, foi possível identificar um conjunto de exercícios musculares orofaciais direcionados à pessoa com compromisso na deglutição por PFC pós-AVC, tendo por base o mecanismo de atuação do dispositivo oral de tela acrílica a nível neuromuscular orofacial.

Da reflexão realizada dos estudos em causa, e face aos resultados obtidos, torna-se evidente que o uso de dispositivos específicos torna a reabilitação mais efetiva, quer nos ganhos como na adesão da pessoa para o qual foi concebido. Face à revisão bibliográfica anteriormente apresentada e o conhecimento atual dos estudos selecionados, a união da utilização da tela oral para estimulação intraoral em conjunto com a aplicação de estimulação elétrica neuromuscular poderia desenvolver melhores resultados, e inclusive poder ser alargada a outro tipo de patologia clínica em que haja presença de DO. Uma estimulação elétrica neuromuscular aplicada nos grupos musculares correspondentes à estimulação produzida pelo dispositivo oral representaria

uma ativação, e um treino mais efetivos dos mesmos. Do mesmo modo, também o uso de dispositivos que promovam um feedback visual, aquando do treino, seriam promotores de um programa de reabilitação com mais ganhos.

Face à análise realizada, depreende-se que a mesma reúne um conjunto de dados baseado em conhecimento científico que representa uma mais valia para a enfermagem de reabilitação. É assim observável que o ER dispõe de um conhecimento baseado na evidência científica recente, que lhe permite uma intervenção autónoma e com ganhos para a pessoa com deglutição comprometida pós-AVC por PFC. A possibilidade de poder intervir na pessoa com estes focos ativos numa fase em que os riscos associados são elevados, promovendo uma intervenção individualizada e simultaneamente sistematizada, com uso dispositivos de tecnologia recente, representa e acrescenta à enfermagem de reabilitação um contributo para crescimento e desenvolvimento daquelas competências que a definem.

FASE II

3. CRIAÇÃO E DESENVOLIMENTO DE UM PROGRAMA DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA PESSOA COM COMPROMISSO NA DEGLUTIÇÃO POR PARESIA FACIAL CENTRAL PÓS-AVC

Na continuidade de concretização desta dissertação de mestrado, a segunda parte metodológica, insere-se numa metodologia qualitativa com recurso a um grupo focal, dando deste modo, resposta ao **objetivo específico 2**. - desenvolver um programa de enfermagem de reabilitação para a pessoa com compromisso na deglutição por PFC pós-AVC.

Neste sentido, tendo por base a rSc elaborada, a mesma permitiu dar resposta ao objetivo proposto inicialmente. Foram assim, conhecidos os programas de reabilitação para a pessoa com compromisso na deglutição por PFC pós-AVC e os resultados obtidos com os mesmos.

Tendo por referência este conhecimento baseado na evidência científica, foi selecionado o programa que melhor se identifica com a realidade profissional, neste caso concreto o treino neuromuscular orofacial com dispositivo de tela oral acrílica, tendo por base todos os requisitos inerentes em que está indicado o seu uso.

Iniciou-se assim, a construção de um programa de enfermagem de reabilitação, tendo como focos principais duas aéreas de intervenção autónoma do enfermeiro de reabilitação: a deglutição e a PFC. Embora sejam focos de intervenção autónoma do mesmo, torna-se importante que a sua prática seja sistematizada e uniformizada no que se refere à sua intervenção diagnóstica, planeamento e avaliação das intervenções executadas com respetivos ganhos.

O programa de enfermagem de reabilitação inicia-se com a atividade diagnóstica relativa a sinais e sintomas que possam identificar a presença de PFC, pois caracteriza-se de forma mais evidente, sendo identificada pela observação direta na pessoa. A validação da mesma passa pela utilização da escala House Brackmann, sendo esta a selecionada por ser a mais utilizada e sugerida pela Ordem dos Enfermeiros no que se refere à avaliação da paresia facial.

No sentido de poder ser mais evidente o ganho da aplicação do programa de enfermagem de reabilitação foi sugerido a monitorização da FL.

A identificação diagnóstica de PFC na pessoa com AVC, é um fator preditivo para a avaliação diagnóstica da deglutição. A avaliação desta, inicia-se com a avaliação da deglutição no que se refere ao processo de deglutição, podendo deste modo, identificar a/as fases de deglutição comprometidas. Após esta identificação, é sugerida a avaliação da capacidade de deglutição sustentada nos estudos de Hägg e Tibbling (2015).

A integração do Modelo de Enfermagem da Teoria das Transições de Afaf Meleis, surge no sentido de reforçar o papel do EEER, como agente facilitador nos processos de transição saúde-doença, promovendo em simultâneo a autonomia da pessoa. Assim, destaca-se a forma como o EEER pode assistir no processo de transição, focando-se nas propriedades que caracterizam o mesmo: a consciencialização, o envolvimento, eventos críticos e mudanças.

Por último, a prescrição das intervenções de enfermagem de reabilitação face aos status diagnósticos identificados. Para além da prescrição do uso do dispositivo oral de tela acrílica, são sugeridos um conjunto de exercícios musculares orofaciais, que permitem ter uma ação dirigida ao complexo neuromuscular do reflexo de deglutição, ainda que de forma individualizada, proporcionando deste modo uma atuação especifica para o compromisso na deglutição por PFC pós-AVC, na inexistência de dispositivos sugeridos.

Previamente à apresentação do programa de enfermagem de reabilitação a um grupo focal, o mesmo foi validado por 2 peritos na área de enfermagem de reabilitação. Foram sugeridas alterações em relação à estruturação do mesmo, no que se refere atuação sistematizada do EEER, métodos de avaliação com recurso a escala, aspetos referentes à análise do processo de transição da pessoa, no que respeita à forma como o EEER pode assistir no mesmo.

PROGRAMA DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA PESSOA COM COMPROMISSO NA DEGLUTIÇÃO POR PARESIA FACIAL CENTRAL PÓS AVC

FOCO: Paresia Facial

1.Avaliar Paresia Facial:
- Apagamento do sulco naso labial: Sim/Não
- Desvio da comissura labial: Sim/Não
-Movimenta os lábios: Sim/Não
-Monitorizar paresia facial através da escala House Brackmann
- Monitorizar Força Labial

***Na presença de um dos itens anterior alterado identificar diagnóstico de enfermagem de paresia facial e realizar a avaliação da deglutição**

FOCO: Deglutição

2. Avaliar Deglutição:

Fase preparatória oral
- Eficácia labial: Sim/Não
- Movimenta a língua: Sim/Não
- Movimenta a mandíbula: Sim/Não
- Presença de sensibilidade orofaríngea direita e esquerda: Sim/Não
- Capacidade de limpeza dos sulcos gengivais: Sim/Não

Fase oral
- Capacidade de transportar do bolo alimentar: Sim/Não
- Selo palatoglosso: Sim/Não
- Força de Propulsão da língua: Sim/Não

Fase Faríngea
- Qualidade Vocal: Sim/Não
- Atraso no reflexo de deglutição: Sim/Não

***Na presença de um dos itens alterado em cada fase da deglutição realizar a avaliação da capacidade de deglutição**

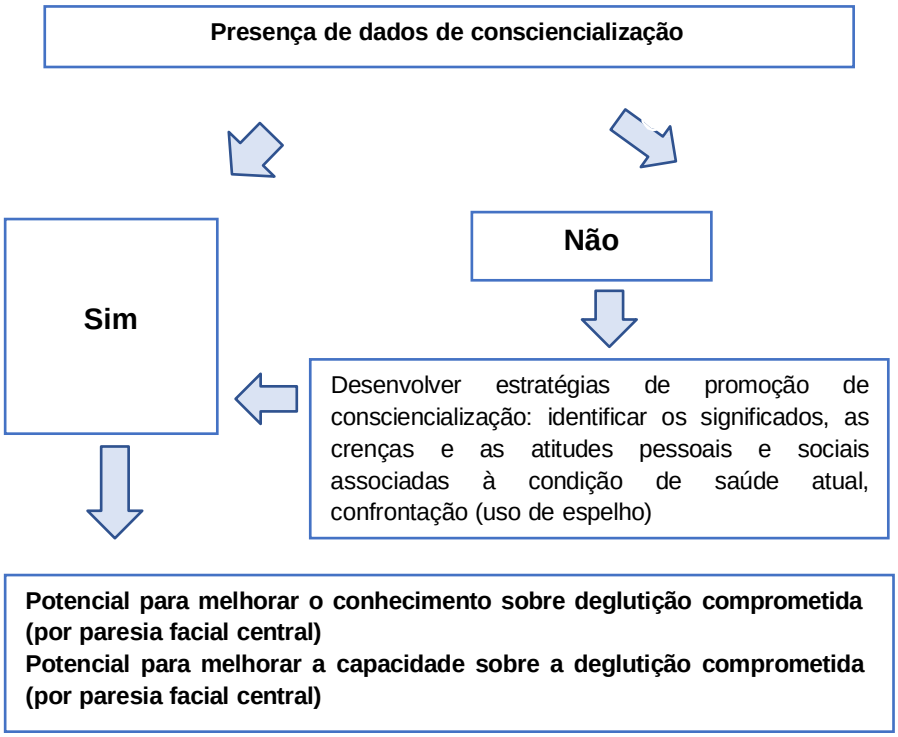
2.1. Avaliar deglutição utilizando teste de capacidade de deglutição:
- Administrar 1 -3 colheres de chá de água (se sinais de disfagia quantificar como 0)
- Sem sinais de disfagia ingerir 150ml de água o mais rápido possível sem pausas. Quantificar a capacidade de deglutição dividindo a quantidade de água ingerida pelo tempo (ml/s).

Paresia facial central (esquerda/ direita)
Deglutição Comprometida

3.Assistir a identificar condições para a deglutição comprometida por paresia facial central

- O que acha que está diferente em si?
- Quando percebeu que estava diferente?
- Reconhece/acha que tem a sua face/cara diferente?
- Reconhece/acha que quando engole líquidos/ alimentos engasga-se?
- Sabe porque apresenta estas alterações?
- Consegue identificar que implicações tem na sua vida?
- Questionar sobre expetativas, soluções estratégias.
- Quer ver, quer aprender sobre, pergunta, procura informação (envolvimento)?
- Ocorrência de algum evento crítico.

*Descrever/transcrever dados da pessoa



4. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO:

- Ensinar sobre dispositivo de treino neuromuscular oral- tela IQoro® (relação entre a atuação do dispositivo e ganhos obtidos na deglutição comprometida por paresia facial central)

- Instruir sobre uso de dispositivo de treino neuromuscular oral- tela IQoro® (posição para executar treino, aplicação de dispositivo na mão e introdução entre os lábios e os dentes, encerrar os lábios com força e puxar na horizontal durante 5-10'', repetir três vezes com intervalo de 3´´ entre cada sessão. Realizar 3 vezes ao dia antes das refeições)

- Treinar com dispositivo de treino neuromuscular oral- tela IQoro® (posição para executar treino, aplicação de dispositivo na mão e introdução entre os lábios e os dentes, encerrar os lábios com força e puxar na horizontal durante 5-10'', repetir três vezes com intervalo de 3´´ entre cada sessão. Realizar 3 vezes ao dia antes das refeições)

- Ensinar sobre exercícios orofaciais

- Instruir sobre exercícios orofaciais

- Treinar sobre exercícios orofaciais

Exercícios para aumentar o tónus muscular dos lábios

-Exercício labial do botão- colocar um botão que se adapte ao vestíbulo bucal da pessoa (inicialmente deve ser igual à distância entre o freio labial superior e inferior. Deverá estar atado a um fio de seda e colocado entre os lábios e os dentes. A pessoa com os lábios fechados segura com força o botão, ativando a musculatura orbicular, enquanto o enfermeiro puxa o fio de forma continuada durante 10´´, ou com o fio solto (três series de cinco contrações) para tentar tirar o botão.

-Exercício com peso labial- colocar um peso igual em cada extremo do depressor, que fica suspenso entre os lábios da pessoa (evitar que seja seguro pelos dentes). Suster o peso durante 10', repetindo o exercício três vezes, descansar entre cada série. Aos poucos aumentar o peso da medida.

Exercícios para aumentar o tónus muscular do complexo bucinador

-Exercício de sucção contra resistência com chupeta- succionar uma chupeta de forma continua durante 10'', realizar três séries de 5 sessões. Realizar uma tração em sentido oposto ao da sucção.

-Exercício de sucção com seringa- succionar a seringa enquanto se a sustem com os lábios. Também podem ser executadas sucções com diferentes volumes de ar da seringa enquanto são realizadas trações contra resistência puxando o embolo para fora.

- Exercício do balão- encher um balão sem segurar com as mãos, uma vez cheio manter os bucinadores em apneia. Trabalhar o tónus muscular do complexo bucinador e o tónus muscular, mobilidade e ação esfincteriana do palato mole, segurando o ar na cavidade oral e deixando sair o ar pelo nariz produzindo o movimento para baixo e para a frente do palato mole, (serve para aumentar o tónus muscular e a mobilidade do palato mole e a ação esfincteriana do palato.

Exercícios para os músculos supra hióideos

(têm como objetivo potenciar de forma isotónica e isométrica da musculatura suprahioideia, com a finalidade de melhorar a abertura do esfíncter esofágico superior e reduzir o resíduo faríngeo após a deglutição)

Executar exercícios com a máxima força possível:

- Sucção com força através de uma palhinha tapando o orifício distal com o dedo

-Sucções com força através de uma seringa por forma a mobilizar o embolo para dentro

- Sucções com força sem palhinha

- Exercício de Shaker- a pessoa em decúbito dorsal numa superfície estável e firma elevar a cabeça o suficiente para ver os dedos dos pés. Deve manter esta posição durante um minuto e descansa um minuto, repetir três vezes. Depois desta sequência, a pessoa eleva a cabeça olha para os dedos dos pés e baixa a cabeça de forma consecutiva 30 vezes (nos doentes mais debilitados ou com dor cervical, executar o exercício de forma progressiva.

3.1. GRUPO FOCAL

Para a concretização deste estudo foi utilizado um grupo focal que permitiu conhecer opiniões variadas e argumentos baseados no conhecimento na prática e experiência profissional dos envolvidos, permitindo assim, diagnosticar os potenciais problemas em relação ao programa apresentado. O mesmo auxiliou na análise de necessidades, servindo de base para o desenvolvimento de um projeto de melhoria continua da qualidade.

Os grupos focais têm sido amplamente utilizados na investigação em enfermagem, porque, se por um lado, permitem a exploração do que é significativo para os sujeitos, pedra basilar da ciência de enfermagem, por outro, segundo Silva, Veloso e Keating (2014) potenciam ao investigador a geração de *insights* em relação à problemática em estudo.

É assim, uma característica única, nos grupos focais a possibilidade encontrar pontos de acordo e desacordo entre os participantes, permitindo ao investigador ir mais além nos processos de compreensão de um determinado fenómeno.

3.1.1. Fase de planeamento

O objetivo de realização de um grupo focal, prendeu-se com o facto de apresentação e validação de um programa de enfermagem de reabilitação para a pessoa com compromisso na deglutição por PFC pós-AVC.

<u>Critérios de seleção grupo focal:</u>

Os participantes selecionados foram EEER, com estatuto pela Ordem dos Enfermeiros, de serviços de neurologia, facilitando, deste modo, a intervenção dos mesmos, pela experiência profissional na área. Selecionados inicialmente 8 elementos, porém o grupo focal foi constituído por 7 elementos, dada a indisponibilidade de um elemento para o dia em que se realizou o grupo focal.

Os participantes, EEER, foram selecionados tendo em conta a prática de cuidados diretos a pessoas com compromisso da deglutição por PFC pós-AVC num período superior ou igual a 5 anos.

3.1.2. Fase de preparação

O recrutamento dos participantes foi realizado por email convite (Apêndice III), através da lista de contactos pessoal, com receção posterior de confirmação dos mesmos. Previamente à realização do grupo focal, os participantes receberam o consentimento informado relativo ao estudo (Apêndice IV).

3.1.3. Fase de moderação

O grupo focal decorreu em formato online com duração de 1 hora (no sentido de facilitar a presença de todos), com consentimento de todos os participantes, sendo realizada uma gravação da mesma para posterior transcrição por escrito e análise de conteúdo.

Para a obtenção de dados sociodemográfico dos participantes, foi elaborado um formulário online sendo solicitado aos mesmos o preenchimento deste, previamente à realização da reunião do grupo focal (Apêndice V).

O momento da reunião grupo focal, realizou-se de acordo com o guião elaborado para o efeito, tornando deste modo mais explicito e definido o desenvolvimento do mesmo (Apêndice VI). Para conhecer as opiniões, sugestões, críticas e reflexões dos participantes, face ao programa exposto, foi elaborado um guia de entrevista semiestruturada.

As questões orientadoras da entrevista semiestruturada foram:

1. Face ao programa de enfermagem de reabilitação, concebido após a rSc, quais as principais vantagens e/ou desvantagens do mesmo?
2. Quais as potenciais vantagens deste programa sobre outros programas de enfermagem de reabilitação?
3. Quais as facilidades ou dificuldades que percecionam na implementação deste programa de enfermagem de reabilitação?
4. Quais as sugestões que têm para melhorar este programa de enfermagem de reabilitação.

Previamente à análise e elaboração da discussão do grupo focal, foi realizada a transcrição por escrito da reunião.

3.2. RESULTADOS E DISCUSSÃO

No que se refere ao perfil dos elementos do grupo focal, o mesmo foi constituído por 7 EEER, na prestação direta de cuidados de enfermagem de reabilitação, em contexto de internamento de Neurologia.

São todos do sexo feminino, e apresentam idades compreendidas entre os 38-52 anos, 42,9% com 40 anos de idade. Quanto às habilitações profissionais, todos com curso de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, sendo que 3 são detentores de grau de Mestre. No que se refere à categoria profissional 5 (71,4%) EEER estão na categoria de enfermeiro especialista, e 2 (28,6%) na categoria de enfermeiro.

Em relação ao tempo de exercício profissional, pode ser realizada a seguinte caracterização: a maioria dos enfermeiros representa a classe de 16-18 anos de exercício profissional, com 57,2% (4), enquanto que 14,3% (1) com 15 anos, com 26 anos e 30 anos de exercício profissional.

Após transcrição de dados da reunião grupo focal, a análise dos mesmos permitiu, a elaboração de categorias através do discurso dos participantes.

Deste modo, os resultados foram agrupados de acordo com as respostas às questões do guião do grupo focal, sendo apresentados da seguinte forma:

- Vantagens e desvantagens do programa de reabilitação apresentado;
- Vantagens do programa de reabilitação apresentado face a outros programas de reabilitação;
- Facilidades ou dificuldades percecionadas na implementação do programa de reabilitação;
- Sugestões para melhorar o programa de reabilitação.

3.2.1. Vantagens e desvantagens do programa de reabilitação apresentado

Os participantes realçam no programa de reabilitação o facto do mesmo estar sistematizado, facilitando desta forma a sua operacionalização e aplicação na prática.

Destaca-se desta forma, o modo como os EEER concebem a prática de cuidar, de um modo estruturado, tendo em consideração o planeamento de cuidados de enfermagem, desde a avaliação diagnóstica, daqueles que são os seus focos de atenção, o planeamento de intervenções de enfermagem, a sua execução e por último a avaliação após a sua intervenção.

Uma prática estruturada e sistematizada em enfermagem, permite facilitar a sua aplicação no contexto de cuidados.

De acordo com o Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista de Enfermagem de Reabilitação (2019), o EEER deverá incorporar continuamente novas descobertas da investigação na sua prática, desenvolvendo uma prática baseada na evidência, orientada para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, participando também em projetos de investigação que visem aumentar o conhecimento e desenvolvimento de competências dentro da sua especialização.

A execução de uma prática sistematizada comum, de cuidados de enfermagem de reabilitação, baseada na evidência mais recente, permite a implementação de cuidados específicos, pelos EEER, sendo deste modo, possível monitorizar a evolução do doente e os ganhos em cuidados de enfermagem reabilitação.

P1 “muito bem sistematizado”, “a sistematização ajuda na implementação, por forma a conseguirmos aplicar”;

P1- “pertinência deste tema, que esta em voga, até porque há outras disciplinas outras áreas a demonstrarem interesse e a afirmarem-se nesta área que é tão nossa”;

P2- “acho que está bastante sistematizado” “existe muita coisa para além das nossas pesquisas que vamos fazendo”;

P3- “bastante sistematizado o trabalho”, “tem aqui ideias muito interessantes”;

P5- “o leque variado de exercícios apresentados permite uma seleção dos mesmos adaptada a cada pessoa”;

Após a apresentação do programa, no que se refere à exposição das suas desvantagens, os EEER, expõem o facto de em muitos casos a pessoa com AVC, não reunir capacidades cognitivas e físicas para poder participar e envolver-se neste tipo de programa de reabilitação, não sendo exposto outro tipo de alternativa para os mesmos.

P2- “na nossa realidade nós temos pouco doentes que se calhar consigam fazer este tipo de exercícios”

P3- “também requer muito a nossa avaliação, há doentes com paresias faciais que pela própria paresia não conseguem fazer o encerramento labial, o exercício tem que ser adaptado.”

O dispositivo IQoro®, apresenta-se para os participantes, como algo inovador, simultaneamente simples e prático de utilizar, porém, pela individualidade que o mesmo exige e o facto de não estar disponível como dispositivo de uso hospitalar pressupõe

um custo elevado na aquisição e utilização do mesmo, sendo este facto, a principal desvantagem anunciada ao programa de reabilitação pelos EEER.

P4- “não tens ideia se é um equipamento caro ou barato?”;

P3- “que a aquisição deste tipo de equipamento seja cara que não exista cá…”;

P5- “será importante ver como adquirir estes dispositivos face ao preço, são individuais para cada utente”;

P6- “teria de haver aqui algum investimento…. Em termos de orçamento não sei se pensaste nisso”;

Todos os elementos dão ênfase à incorporação do Modelo Teórico de Enfermagem da Teoria da Transições de Afaf Meleis, integrado no programa de reabilitação, salientando a consciencialização como fator determinante para a participação da pessoa no mesmo.

Podemos constatar que a conceção de cuidados dos EEER, norteia-se por aquilo que são os principais modelos teóricos de enfermagem. O papel que o EEER assume, enquanto agente facilitador no processo de transição, neste caso, na transição de saúde doença, leva a que este integre na sua prática, desde a conceção e execução, práticas que promovam e a facilitem processos de transição saúde-doença, sendo as propriedades inerentes a este processo características que podem facilitar ou não, a que este se desenrole de uma forma fluída e natural.

A consciencialização está relacionada com a perceção, conhecimento e reconhecimento de uma experiência de transição, assim, a sua ausência pode significar que a pessoa não tenha iniciado a transição. A pessoa apenas irá envolver-se quando estiver consciencializada das mudanças, que podem ser físicas, emocionais, sociais ou ambientais (Meleis, 2010).

P1- “parte teórica da consciencialização, motivação são condicionantes para o sucesso de implementação, ser o ponto de partida”;

P2- “a consciencialização aqui é um, primeiro de tudo. Para tentar que o doente colabore connosco, e siga todo este processo”;

P3- “A parte da consciencialização acho que está muito bem, é extremamente importante se os doentes não estiverem consciencializados da sua situação o envolvimento deles não será com certeza o mesmo”;

P4- “esta parte da consciencialização parece-me muito bem, muito bem mesmo”.

3.2.2. Vantagens do programa de reabilitação apresentado face a outros programas de reabilitação

Ao longo da reunião de grupo focal não foi enunciado o conhecimento de um outro programa de reabilitação neste âmbito. Os participantes enunciam que detêm um conjunto de conhecimentos que lhes permitem atuar no foco da paresia facial e da deglutição comprometida, mas não de uma forma sistematizada como o plano apresentado.

É evidenciado o relevo da atuação do EEER no foco da paresia facial e da deglutição, com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, neste caso concreto.

É salientado a pertinência deste programa de reabilitação promover ganhos em simultâneo na paresia facial e na deglutição.

A possibilidade de execução de um conjunto de exercícios em simultâneo ou não com dispositivo é referenciada como uma mais valia. Do mesmo modo, estes são concebidos pelos EEER como novos e inovadores naquilo que respeita à sua prática diária neste âmbito. Os vários tipos de exercícios orofaciais apresentados, segundo os EEER, permitem que haja uma adaptação à pessoa.

De uma forma global, o plano de reabilitação apresentado, é percecionado pelos EEER, com exequível na prática, sendo possível a sua incorporação no plano de reabilitação à pessoa com deglutição comprometida por PFC.

P1- “pertinência deste tema, que esta em voga, até porque há outras disciplinas outras áreas a demonstrarem interesse e a afirmarem-se nesta área que é tão nossa...nós é que estamos com a pessoa, nós é que a alimentamos, não podemos fugir àquilo que é nosso”;

P2- “acho muito interessante estes exercícios que foram apresentados, se direcionarmos para a nossa atuação nesta componente motora acho que poderemos ter ganhos indubitavelmente…o nosso utente sai a ganhar e a nossa ação acaba por ser mais eficaz”;

P3- “em termos de vantagens deste programa, pelo menos da experiência que eu tenho, há um conjunto de exercícios que são acrescentados a um conjunto de dispositivos, que também acho que não é conhecido por nós, nem sequer há à nossa disposição e isso já é uma grande vantagem”;

P3- “há aqui muitos exercícios que poderão valer apena, para além daquilo que é usual e que já fazemos em termos de paresia facial”;

P3- “relativamente aos exercícios parecem-me todos muito bem, não conhecia o dispositivo IQoro® e parece ser um dispositivo muito interessante”;

P4- “e uma uniformização deste projeto se houver implementação deste projeto nas neurologias… é por si só uma grande vantagem”;

P5- “Vantagem e inovação… “não há nada disto, que eu saiba no hospital”;

P6- “eu acho que de facto este programa de reabilitação é mesmo muito prático e podermos operacionalizar, para mim é a vantagem”;

P6- “este conjunto de exercícios é um incremento bastante grande e que pode trazer benefícios bastante grandes aos nossos doentes”;

P7- “em termos de intervenções de enfermagem, acho que isto pode ir bem longe, quando terminares este trabalho poder ser parametrizado, para ser possível seu registo em Sclínico”;

3.2.3. Facilidades ou dificuldades percecionadas na implementação do programa de reabilitação

As facilidades do programa de reabilitação apresentado, de um modo geral, vão de encontro às vantagens enunciadas ao mesmo.

É reforçado, a facilidade de operacionalização do mesmo em contexto prático, por estar relacionado com focos, com os quais os EEER se deparam diariamente.

P1- “eu acho que de facto este programa de reabilitação é mesmo muito prático e podermos operacionalizar”;

P3- “o programa expõe exercícios muito concreto e práticos que facilitam a sua execução”;

P4- “futuramente podia ser algo a aplicar nas três neurologias”;

P6- “muito prático e adequado à nossa realidade, o que facilita a sua aplicação”;

P7- “abrange focos pertinentes e muito frequentes da nossa área de atuação autónoma”;

Das intervenções dos participantes foi notório, que a temática inerente ao programa de reabilitação apresentado, é do conhecimento de todos os envolvidos, pela especificidade e grau de envolvimento na discussão, e acima de tudo, pelo conhecimento demonstrado na área, dado o pormenor de dificuldades apresentadas de aplicação do mesmo.

Pode-se enunciar que as mesmas se englobam essencialmente em duas grandes áreas: avaliação e monitorização.

É dada enfase pelos EEER à necessidade de utilização de escalas que permitam a avaliação e monitorização da evolução do doente durante a execução do programa de reabilitação.

No que respeita à avaliação da PFC, é reforçado o facto da escala de House Brackmann apresentada ser dirigida para a pessoa com paresia facial periférica, embora seja reconhecido que a mesma é aplicada aos casos de PFC pela inexistência de uma escala especifica a este tipo de afeção.

P3- “a escala que apresentas para avaliar a PFC não é a mais dirigida, mas também não conheço outra”;

P4- “pode ser utilizada para avaliar a paresia facial central, embora não contemple todos os itens neste tipo de paresia facial”.

P4- “a aquisição dos equipamentos de monitorização da força labial não parece ser fácil”;

No que se refere à avaliação da deglutição, foi onde se constatou mais dificuldades para uma futura implementação. Na elaboração do plano de reabilitação tendo por base a pesquisa elaborada, a avaliação da capacidade de deglutição é realiza com água sem qualquer tipo de adaptação através do uso de espessante.

Tendo em consideração que não foram evidenciadas dificuldades na avaliação da deglutição, de acordo, com as fases da deglutição, os mesmos sugerem uma escala para a avaliação da deglutição, por forma, a haver maior precisão, uma vez que na sua prática diária, as escalas utilizadas vão no âmbito da adaptação da consistência da dieta.

Os EEER abordados, evidenciam uma elevada preocupação e apreensão na execução desta prática pelo elevado risco de aspiração. Demonstram uma minimização deste risco, com o testar da capacidade de deglutição com a água em consistência néctar, sugerindo a vontade de manter esta prática como mais segura para a pessoa com deglutição comprometida.

P1- “atualmente no meu serviço começamos o teste da deglutição com a consistência néctar, aqui avanças logo com uma consistência líquida”;

P1- “eu sei que há escalas que optam por isso, mas com a minha experiência e com a realidade que eu conheço, assusta-me muito esta consistência líquida inicial ao invés do néctar, que é aquela que estamos mais habituados”;

P3- “assusta-me bastante uma quantidade de água tão grande, pelo risco de aspiração dos nossos doentes…efetivamente há escalas que utilizam essa estratégia, mas não me deixa grande segurança, começar com essa quantidade de água”;

P5- “nos nossos doentes esta avaliação da capacidade da deglutição desta forma, deixa-me com algumas dúvidas”;

Numa fase aguda pós-AVC, o repouso no leito, poderá representar uma dificuldade à implementação do programa de reabilitação, dado que as recomendações do mesmo sugerem a posição de sentado como a mais efetiva na aplicação deste.

P6- “os exercícios quando os doentes estão em repouso no leito, acho que é um bocadinho difícil”;

P4 e P5- ”imagina os nossos doentes numa fase inicial estão em repouso, vai ser difícil se calhar, conseguirmos avaliar/ executar na posição de sentado”.

O programa de reabilitação exposto, apresenta um conjunto variado de exercícios, recorrendo a um leque variado de material. Este último, tanto permite uma fácil aplicação como simultaneamente, pode comprometer a sua utilização dada à faixa etária a que o mesmo pode ser aplicado. Este aspeto, foi apresentado como uma possível dificuldade, na medida em que, poderá sugerir uma infantilização por parte da pessoa em causa.

Estas sugestões advêm de um conjunto de experiências da prática, vivenciadas pelos EEER, com a utilização de outros dispositivos com outra intencionalidade, mas com outros significados no que respeita à sua função, podendo originar comportamentos de não adesão.

P3- “o exercício com a chupeta não sei se os nossos doentes vão achar que seja algum trato de infantilização, e se vão aderir a esta estratégia”;

P6- “podem não acreditar nos ganhos que os mesmos podem ter no seu uso”;

A documentação dos cuidados de enfermagem é parte essencial da sua prática, representando o seu significado clínico e legal. A mesma, para além de permitir dar visibilidade ao processo de enfermagem, refletindo de forma individual os cuidados de enfermagem, promove a sua continuidade e demonstração ganhos. Assim, é apresentada como dificuldade, a forma, como será elaborada a documentação de algo que efetivamente não está parametrizado na base de documentação.

P1- “Onde é que nos documentamos, na medida em que não vamos fazer os exercícios todos, e para perceber onde vamos tendo ganhos, onde é que documentamos?”;

P1- “faz sentido conhecer o que esta a ser feito, para haver continuidade, como é que a pessoa estava ontem, hoje, para termos este perfil de evolução ou não… saber se estamos ou não a ter sucesso nas medidas que estamos a implementar”;

P1- “será criada uma folha de registo… faz sentido conhecer o que esta a ser feito, para haver continuidade”;

P5- “é importante ter acesso à informação, a algum sítio onde se documente”.

3.2.4. Sugestões para melhorar o programa de reabilitação

As sugestões obtidas através do grupo focal, permitiram obter dados baseados na práxis e conhecimento dos EEER, tornando-o assim, mais exequível e adaptado às pessoas com deglutição comprometida por PFC.

Assim, é sugerido a utilização de uma escala que permita a avaliação da deglutição em vários momentos, ao mesmo tempo, que a deglutição possa ser testada minimizando o risco de aspiração.

É feita a sugestão de uma adaptação da escala House Brackmann, se existir essa possibilidade, ou o uso de outra forma de avaliação da PFC.

Os participantes sugerem que na avaliação da força labial deve ser apresentado o método de realização do mesmo.

Se tornar mais simples da aplicação do programa de reabilitação, as intervenções do mesmo poderiam variar de acordo com os scores da monitorização da força labial, da PFC e da capacidade de deglutição.

É apresentada a avaliação da deglutição, porém deveria estar mais explicita no que se refere à sequência de execução da mesma.

Caso haja alterações da deglutição nos testes sugeridos, não é exposto quais as manifestações da alteração da deglutição, por exemplo, tosse, alterações vocais, diminuição dos níveis de oximetria, para dar como comprometida a deglutição, apenas um score numérico.

Por forma a dar evidência e continuidade de cuidados, é sugerida a necessidade de documentar a execução prática deste plano de reabilitação, por forma e evidenciar ganhos para a pessoa, através de intervenção ajustada por parte do EEER, e promover uma para futura implementação das mesmas.

É assim demonstrado pelos participantes, a necessidade de apresentar a efetividade e ganhos dos cuidados de enfermagem de reabilitação, sugerindo uma folha de registo por forma, a conhecer os cuidados que estão a ser implementados, quando e como, traduzindo-se em ganhos posteriores.

Como última sugestão, é apresentada a necessidade de expor quais os critérios de inclusão e exclusão das pessoas com deglutição comprometida por PFC que podem participar ou não neste tipo de programa de reabilitação apresentado.

P2- "fiquei aqui com uma dúvida: avaliar a paresia facial pela escala sim, chegando depois ao processo de avaliação da deglutição, aqui apenas exponha uma dúvida: Não apresentaste propriamente uma escala";

P2- "apresentaste toda a parte da deglutição com a avaliação, acho que deveríamos apresentar aqui uma escala, e elas existem e algumas já estão validadas";

P3- "efetivamente há escalas que utilizam essa estratégia, mas não me deixa grande segurança, começar com essa quantidade de água";

P3- "na escala de House Brackmann, ela acaba por avaliar também a parte da paralisia facial periférica, e portanto, não sei se pretendes fazer aqui alguma adaptação";

P3- "a utilização de uma escala e que seja definida se o programa for aplicado";

P4- "é importante descrever como se realiza a monitorização da força labial";

P5- "consoante o score da avaliação da força labial e da paresia facial a nossa intervenção vai ser diferente";

P6- "nos itens da avaliação da capacidade de deglutição aquela é a ordem pela qual nos devemos fazer a avaliação ou é aleatória?"

P4- "na avaliação da capacidade de deglutição, quais são os sinais e/ou sintomas que descrevem como sinais de disfagia";

P1- "numa fase inicial isto não vai estar parametrizado em Sclínico, mas temos de ter algum suporte…pode ser um caminho um início de construção de algo";

P7- "seria importante definir os critérios de inclusão e exclusão dos participantes do estudo".

3.3. PROGRAMA FINAL DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA PESSOA COM COMPROMISSO NA DEGLUTIÇÃO POR PARESIA FACIAL CENTRAL PÓS AVC

Critérios de inclusão:
- Pessoas com o diagnóstico de AVC
- Pessoas com Escala de Coma de Glasgow de 15
- Pessoas capazes de colaborar (ou serem assistidas) no plano de reabilitação durante 30'

FOCO: Paresia Facial

1.Avaliar Paresia Facial:
- Apagamento do sulco naso labial: Sim/Não
- Desvio da comissura labial: Sim/Não
- Movimenta os lábios: Sim/Não
- Monitorizar paresia facial através da escala House Brackmann na presença de um dos itens anteriores

***Na presença de um dos itens anterior alterado identificar diagnóstico de enfermagem de paresia facial e realizar a avaliação da deglutição**

FOCO: Deglutição

2. Avaliar Deglutição:

Fase preparatória oral
- Eficácia labial: Sim/Não
- Movimenta a língua: Sim/Não
- Movimenta a mandíbula: Sim/Não
- Presença de sensibilidade orofaríngea direita e esquerda: Sim/Não
- Capacidade de limpeza dos sulcos gengivais: Sim/Não

Fase oral
- Capacidade de transportar do bolo alimentar: Sim/Não
- Selo palatoglosso: Sim/Não
- Força de Propulsão da língua: Sim/Não

Fase Faríngea
- Qualidade Vocal: Sim/Não
- Atraso no reflexo de deglutição: Sim/Não

***Na presença de um dos itens alterado em cada fase da deglutição realizar a avaliação da capacidade de deglutição**

2.1. Avaliar capacidade de deglutição pela Escala de GUSS

2.1.1. Seguir recomendações da escala

2.2. Identificar diagnóstico de enfermagem de deglutição comprometida

Paresia facial central (esquerda/ direita)
Deglutição Comprometida

3. Assistir a identificar condições para a deglutição comprometida por paresia facial central

- O que acha que está diferente em si?
- Quando percebeu que estava diferente?
- Reconhece/acha que tem a sua face/cara diferente?
- Reconhece/acha que quando engole líquidos/ alimentos engasga-se?
- Sabe porque apresenta estas alterações?
- Consegue identificar que implicações tem na sua vida?
- Questionar sobre expetativas, soluções estratégias.
- Quer ver, quer aprender sobre, pergunta, procura informação (envolvimento)?
- Ocorrência de algum evento crítico.

*Descrever/transcrever dados da pessoa

Presença de dados de consciencialização

Sim

Não

Desenvolver estratégias de promoção de consciencialização: identificar os significados, as crenças e as atitudes pessoais e sociais associadas à condição de saúde atual, confrontação (uso de espelho)

Potencial para melhorar o conhecimento sobre deglutição comprometida (por paresia facial central)
Potencial para melhorar a capacidade sobre a deglutição comprometida (por paresia facial central)

4. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO:

- Ensinar sobre dispositivo de treino neuromuscular oral- tela IQoro® (relação entre a atuação do dispositivo e ganhos obtidos na deglutição comprometida por paresia facial central)

- Instruir sobre uso de dispositivo de treino neuromuscular oral- tela IQoro® (posição para executar treino, aplicação de dispositivo na mão e introdução entre os lábios e os dentes, encerrar os lábios com força e puxar na horizontal durante 5-10'', repetir três vezes com intervalo de 3´´ entre cada sessão. Realizar 3 vezes ao dia antes das refeições)

- Treinar com dispositivo de treino neuromuscular oral- tela IQoro® (posição para executar treino, aplicação de dispositivo na mão e introdução entre os lábios e os dentes, encerrar os lábios com força e puxar na horizontal durante 5-10'', repetir três vezes com intervalo de 3´´ entre cada sessão. Realizar 3 vezes ao dia antes das refeições)

- Ensinar sobre exercícios orofaciais

- Instruir sobre exercícios orofaciais

- Treinar sobre exercícios orofaciais

Exercícios para aumentar o tónus muscular dos lábios

-Exercício labial do botão- colocar um botão que se adapte ao vestíbulo bucal da pessoa (inicialmente deve ser igual à distância entre o freio labial superior e inferior. Deverá estar atado a um fio de seda e colocado entre os lábios e os dentes. A pessoa com os lábios fechados segura com força o botão, ativando a musculatura orbicular, enquanto o enfermeiro puxa o fio de forma continuada durante 10´´, ou com o fio solto (três series de cinco contrações) para tentar tirar o botão.

-Exercício com peso labial- colocar um peso igual em cada extremo do depressor, que fica suspenso entre os lábios da pessoa (evitar que seja seguro pelos dentes). Suster o peso durante 10', repetindo o exercício três vezes, descansar entre cada série. Aos poucos aumentar o peso da medida.

Exercícios para aumentar o tónus muscular do complexo bucinador

-Exercício de sucção com seringa- succionar a seringa enquanto se a sustem com os lábios. Também podem ser executadas sucções com diferentes volumes de ar da seringa enquanto são realizadas trações contra resistência puxando o embolo para fora, executar exercício 5-10 vezes.

- Exercício do balão- encher um balão sem segurar com as mãos, uma vez cheio manter os bucinadores em apneia. Trabalhar o tónus muscular do complexo bucinador e o tónus muscular, mobilidade e ação esfincteriana do palato mole, segurando o ar na cavidade oral e deixando sair o ar pelo nariz produzindo o movimento para baixo e para a frente do palato mole, (serve para aumentar o tónus muscular e a mobilidade do palato mole e a ação esfincteriana do palato, executar o exercício 5-10 vezes.

Exercícios para os músculos supra hióideos

(têm como objetivo potenciar de forma isotónica e isométrica da musculatura suprahioideia, com a finalidade de melhorar a abertura do esfíncter esofágico superior e reduzir o resíduo faríngeo após a deglutição)

Executar exercícios com a máxima força possível:

- Sucção com força através de uma palhinha tapando o orifício distal com o dedo

- Sucções com força através de uma seringa por forma a mobilizar o embolo para dentro

- Sucções com força sem palhinha

- Exercício de Shaker- a pessoa em decúbito dorsal numa superfície estável e firma elevar a cabeça o suficiente para ver os dedos dos pés. Deve manter esta posição durante um minuto e descansa um minuto, repetir três vezes. Depois desta sequência, a pessoa eleva a cabeça olha para os dedos dos pés e baixa a cabeça de forma consecutiva 30 vezes (nos doentes mais debilitados ou com dor cervical, executar o exercício de forma progressiva.

Semanalmente: - Avaliar a PFC através da Escala House Brackmann (ou em SOS)

- Avaliar a deglutição através da Escala de GUSS (ou em SOS)

CONCLUSÃO

O compromisso da deglutição por PFC pós-AVC, representa um desafio para o EEER, pelos riscos e complicações que podem advir caso não haja uma atuação dirigida e específica.

Para permitir conhecer e identificar a real relação entre o compromisso da deglutição por PFC pós-AVC, foi necessário, como já apresentado, a elaboração de uma revisão sistemática da literatura, neste caso concreto uma rSc, que permitiu reunir e sistematizar práticas sobre o tema em causa.

A evidência científica revelou a existência de poucos estudos onde seja demonstrado, a relação e a atuação no compromisso da deglutição por PFC pós-AVC, porém os estudos analisados demonstram que face a estes dois focos de atenção, a abordagem simultânea dos mesmos no plano de reabilitação, mostra ganhos efetivos de recuperação. A maioria dos estudos, recai no uso de um dispositivo de tela acrílica oral, com uma atuação a nível neuromuscular orofacial efetiva, em estimulação e aumento da força muscular, dado que aciona uma cadeia neuromuscular igual às fases iniciais do processo de deglutição, músculos esses também intervenientes na motricidade orofacial.

Apenas um estudo relaciona a efetividade de treino da força muscular a nível orbicular com ganhos no encerramento labial, força labial e deglutição (fase preparatória oral e oral).

Tendo por base estes dados de evidência e o modelo teórico de enfermagem de Afaf Meleis, foi construído um programa de enfermagem de reabilitação para a pessoa com compromisso na deglutição por PFC pós-AVC, para promover uma prática sistematizada, baseada no estado de arte atual, ganhos na promoção da autonomia da pessoa, como também, demonstrar o papel do EEER.

Da análise do programa de enfermagem de reabilitação, através do grupo focal, salienta-se à priori a sistematização para posterior operacionalização do mesmo. A avaliação e monitorização do plano de intervenção com a utilização de escalas direcionadas para o mesmo, foram os itens mais salientados, no que se refere à avaliação da PFC e não haver uma escala específica para tal, mas acima de tudo, a avaliação da deglutição ser realizada com critérios de segurança e de eficácia

minimizando o risco de aspiração para o doente. Foi então selecionada, a escala de GUSS, por se encontrar validada recentemente para o doente com AVC.

A dificuldade em adquirir o dispositivo para treino neuromuscular orofacial, por questões monetárias, foi um aspeto enunciado, embora referido como algo inovador e sem dúvida com ganhos na sua utilização. Porém a exposição de determinados exercícios que vão de encontro à estimulação/tonificação de grupos musculares específicos a nível orofacial, é referida como mais valia para a obtenção de ganhos, na ausência de um dispositivo específico.

Nestes últimos exercícios, os participantes no grupo focal, reforçam que estes devem ser ajustados, em relação ao tipo de material/objetos utilizados por forma a facilitar a adesão ao plano e minimizar o risco de infantilização da pessoa através do uso destes.

De realçar, a enfase dada pelos participantes, à inclusão do modelo teórico de enfermagem da Teoria das transições, na qual, o EEER assume um papel facilitador no processo de consciencialização.

Nesta fase final de consecução desta dissertação, torna-se pertinente analisar e refletir sobre aquelas que foram as principais limitações à sua elaboração. Em primeiro lugar, a opção por uma temática atual e pertinente ao contexto profissional do EEER, aparentava a possibilidade de obter um conjunto de dados de evidência científica mais amplo. Contudo a existência de estudos que demonstrem a relação da deglutição comprometida pós -AVC por PFC é escassa, minimizando desta forma a possibilidade de obter um maior conjunto de dados.

Foram escassos os estudos onde são apresentados programas de reabilitação no âmbito da pessoa com compromisso na deglutição pós-AVC por PFC. Por representar uma área de intervenção autónoma do EEER, faz sentido, que o desenvolvimento de estudos nesta área seja desenvolvido, utilizando os contributos da prática do mesmo como uma mais valia.

Face ao limite de tempo, a não apresentação do programa de enfermagem de reabilitação elaborado, a outro grupo de peritos mais heterogéneo, ou seja, EEER a exercer cuidados em Unidades de Cuidados Continuados, Cuidados de Saúde Primários e Professores da área da Enfermagem de Reabilitação, representaria uma mais valia ao mesmo pelo conjunto variado de conhecimento e experiência profissional.

O EEER desenvolve, assim, um papel crucial no cuidar da pessoa com AVC, dado que a sua presença no processo de recuperação de saúde e bem-estar é evidenciado em todas as etapas. Desde a consciencialização para a alteração do seu estado de saúde

atual, na promoção do envolvimento da pessoa, e na capacitação da mesma (através do ensino, instrução e treino).

É dado como finalizado a conclusão desta dissertação com a elaboração de um projeto de melhoria continua da qualidade (Anexo VII), referente um programa de enfermagem de reabilitação para a pessoa com compromisso da deglutição por PFC pós-AVC, para posterior implementação em contexto da prática. Pretende-se assim, implementar práticas de enfermagem de reabilitação inovadoras e simultaneamente especificas com ganhos para a pessoa e em simultâneo, que seja o motor para o início da construção, por exemplo, de dispositivos e práticas lideradas por ER neste âmbito.

Consciente, do gosto pessoal, no âmbito profissional nesta temática, é possível visualizar a aplicabilidade na prática deste programa, não só pelos ganhos que o mesmo representa para a pessoa, como também, ao nível da enfermagem de reabilitação e indicadores que o mesmo poderá gerar, numa área especifica e sensível aos cuidados dos EEER em contexto de Neurologia.

Sugere-se, porém, a continuidade de estudos neste âmbito, dada a escassez dos mesmos, realçando o contexto da prática dos EEER, como motor, para desenvolver novas práticas baseadas no conhecimento científico atual.

BIBLIOGRAFIA

Apóstolo, J. (2017). *Síntese da evidencia no contexto da translação da ciência*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Recuperado de htpp://www.esenfc.pt

Araújo, L. S. (2017). *REINPEC- Revista interdiciplinar do Pensamento Científico.* Recuperado de www.reinpec.org: http://dx.doi.org/10.20951/2446-6778/v3n1a20

Arnold, M., Liesirova, K., Broeg-Morvay, A., Meisterernst, J., Schlager, M., Mono, M. L., El-Koussy, M., Kägi, G., Jung, S., & Sarikaya, H. (2016). Dysphagia in Acute Stroke: Incidence, Burden and Impact on Clinical Outcome. *PloS one*, *11*(2), e0148424. Recuperado de https://doi.org/10.1371/journal.pone.0148424

Assunção Tuna, J. P. (2011). AVC agudo (isquémico/hemorrágico). Em *Manual do curso de evidência na emergência* (pp. 301-311). Porto: Litojesus.

Bath, P. M., Lee, H. S., & Everton, L. F. (2018). Swallowing therapy for dysphagia in acute and subacute stroke. *The Cochrane database of systematic reviews*, *10*(10), CD000323. Recuperado de https://doi.org/10.1002/14651858.CD000323.pub3

Calais, Lucila Leal, Gomez, Maria Valéria Schmidt Goffi, Bento, Ricardo Ferreira, & Comerlatti, Luiz Roberto. (2005). Avaliação funcional da mímica na paralisia facial central por acidente cerebrovascular.*Pró-Fono Revista de Atualização Científica*,*17*(2), 213-222. Recuperado de https://doi.org/10.1590/S0104-56872005000200010

Cecconi, E., & Di Piero, V. (2012). Dysphagia--Pathophysiology, diagnosis and treatment. *Frontiers of neurology and neuroscience*, *30*, 86–89. Recuperado de https://doi.org/10.1159/000333423

Chang, W. H., Sohn, M. K., Lee, J., Kim, D. Y., Lee, S. G., Shin, Y. I., Oh, G. J., Lee, Y. S., Joo, M. C., Han, E. Y., & Kim, Y. H. (2016). Impact of central facial palsy and dysarthria on quality of life in patients with stroke: The KOSCO study. *NeuroRehabilitation*, *39*(2), 253–259. Recuperado de https://doi.org/10.3233/NRE-161355

Clavé, P.C., Peris, P.G. (2015). Guia de Diagnóstico y de Tratamento Nutricional y Rehabilitador de la Disfagia Orofaríngea. Recuperado de https://nestlehealthscience.es

Cohen, D. L., Roffe, C., Beavan, J., Blackett, B., Fairfield, C. A., Hamdy, S., Havard, D., McFarlane, M., McLauglin, C., Randall, M., Robson, K., Scutt, P., Smith, C., Smithard, D., Sprigg, N., Warusevitane, A., Watkins, C., Woodhouse, L., & Bath, P. M. (2016). Post-stroke dysphagia: A review and design considerations for future trials. *International journal of stroke: official journal of the International Stroke Society*, *11*(4), 399–411. Recuperado de https://doi.org/10.1177/1747493016639057

Correia, J., Figueiredo, A., Costa, H., Barros, P., Luis, M. (2018). Investigação Etiológica do Acidente Vascular Cerebral no Adulto Jovem. *Medicina Interna*, *25*(3), 213-223. Recuperado de https://dx.doi.org/10.24950/rspmi/revisao/200/3/2018.

Dai, R., Lam, O. L., Lo, E. C., Li, L. S., Wen, Y., & McGrath, C. (2015). Orofacial functional impairments among patients following stroke: a systematic review. *Oral diseases*, *21*(7), 836–849. https://doi.org/10.1111/odi.12274

Dziewas, R., Michou, E., Trapl-Grundschober, M., Lal, A., Arsava, E. M., Bath, P. M., Clavé, P., Glahn, J., Hamdy, S., Pownall, S., Schindler, A., Walshe, M., Wirth, R., Wright, D., & Verin, E. (2021). European Stroke Organisation and European Society for Swallowing Disorders guideline for the diagnosis and treatment of post-stroke dysphagia. *European stroke journal*, *6*(3), LXXXIX–CXV. Recuperado de https://doi.org/10.1177/23969873211039721

Aromataris E, Munn Z. Chapter 1: JBI Systematic Reviews. In: Aromataris E, Munn Z (Editors). *JBI Manual for Evidence Synthesis.* JBI, 2020. Recuperado de: https://synthesismanual.jbi.global

European Stroke Organisation (2018). Plano de ação para o AVC na Europa 2018-2030. Bruxelas. Recuperado de http://www.safestroke.eu

Fabricius, J., Kothari, S. F., & Kothari, M. (2021). Assessment and rehabilitation interventions for central facial palsy in patients with acquired brain injury: a systematic review. *Brain injury*, *35*(5), 511–519. recuperado de https://doi.org/10.1080/02699052.2021.1890218

Faria, A. C. A. (2014). *A pessoa a: transição da autonomia para a dependência* (Dissertação) Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal. Recuperado de http://hdl.handle.net/10400.26/9514

Florie, M.G.M.H., Pilz, W., Dijkman, R.H. *et al.* The Effect of Cranial Nerve Stimulation on Swallowing: A Systematic Review. *Dysphagia* 36, 216–230 (2021). Recuperado de https://doi.org/10.1007/s00455-020-10126-x

Gil-Martínez, A., Lerma-Lara, S., Hernando-Jorge, A., Campos-Vegas, A., Aceval, A., Pagés-Scasso, R., Morán-Burgos, F., & Beltran-Alacreu, H. (2021). Influence of Mirror Therapy (Specular Face Software) on Electromyographic Behavior of the Facial Muscles for Facial Palsy. *Brain sciences*, *11*(7), 930. Recuperado de https://doi.org/10.3390/brainsci11070930

González-Fernández, M., Ottenstein, L., Atanelov, L., & Christian, A. B. (2013). Dysphagia after Stroke: an Overview. *Current physical medicine and rehabilitation reports*, *1*(3), 187–196. Recuperado de https://doi.org/10.1007/s40141-013-0017-y

Güleç, A., Albayrak, I., Erdur, Ö., Öztürk, K., & Levendoglu, F. (2021). Effect of swallowing rehabilitation using traditional therapy, kinesiology taping and neuromuscular electrical stimulation on dysphagia in post-stroke patients: A randomized clinical trial. *Clinical neurology and neurosurgery*, *211*, 107020. Recuperado de https://doi.org/10.1016/j.clineuro.2021.107020

Hägg, M., & Franzén, T. (2021). Introducing an Innovative Oral Neuromuscular Treatment of the Underlying Reason for Reflux Caused by Hiatus Hernia: An Aggravating Factor in Esophagitis. In V. Neri, & M. Ahmed (Eds.), Esophagitis and Gastritis - Recent Updates. IntechOpen. Recuperado de https://doi.org/10.5772/intechopen.96773

Hägg, M., & Tibbling, L. (2014). Four-quadrant facial function in dysphagic patients after stroke and in healthy controls. *Neurology research international*, *2014*, 672685. Recuperado de https://doi.org/10.1155/2014/672685

Hägg, M., & Tibbling, L. (2013). Longstanding Effect and Outcome Diffrences of Palatal Plate and Oral screen Training on Stroke. - Related Dysphagia. *The Open Rehabilitation Journal*, 2013, 6, 35-42. Recuperado de https://doi.org/10.2174/18749701306010035

Hägg, M., & Larsson, B. (2004). Effects of motor and sensory stimulation in stroke patients with long-lasting dysphagia. *Dysphagia*, *19*(4), 219–230. Recuperado de https://doi.org/10.1007/s00455-004-0016-3

Hägg, M., Olgarsson, M., & Anniko, M. (2008). Reliable lip force measurement in healthy controls and in patients with stroke: a methodologic study. *Dysphagia*, *23*(3), 291–296. Recuperado de https://doi.org/10.1007/s00455-007-9143-y

Hägg, M., & Tibbling, L.I. (2013). Longstanding Effect and Outcome Differences of Palatal Plate and Oral Screen Training on Stroke-Related Dysphagia. *The Open Rehabilitation Journal, 6*, 35-42. Recuperado de http://www.researchgate.net

Hägg, M., & Tibbling, L. (2014). Four-quadrant facial function in dysphagic patients after stroke and in healthy controls. *Neurology research international*, *2014*, 672685. Recuperado de https://doi.org/10.1155/2014/672685

Hägglund, P., Hägg, M., Levring Jäghagen, E., Larsson, B., & Wester, P. (2020). Oral neuromuscular training in patients with dysphagia after stroke: a prospective, randomized, open-label study with blinded evaluators. *BMC neurology*, *20*(1), 405. Recuperado de https://doi.org/10.1186/s12883-020-01980-1

Huang, K. L., Liu, T. Y., Huang, Y. C., Leong, C. P., Lin, W. C., & Pong, Y. P. (2014). Functional outcome in acute stroke patients with oropharyngeal Dysphagia after swallowing therapy. *Journal of stroke and cerebrovascular diseases: the official journal of National Stroke Association*, *23*(10), 2547–2553. Recuperado de https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2014.05.031

Instituto Nacional de Estatística. (2019). A mortalidadepor tumores malignos da traqueia, brônquios e pulmão regista valores significativos a partir dos45 anos – 2017. Recuperado de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=345373282&DESTAQUESmodo=2

Fabricius, J., Kothari, S. F., & Kothari, M. (2021). Assessment and rehabilitation interventions for central facial palsy in patients with acquired brain injury: a systematic review. *Brain injury*, *35*(5), 511–519. Recuperado de https://doi.org/10.1080/02699052.2021.1890218

Konecny, P., Elfmark, M., Horak, S., Pastucha, D., Krobot, A., Urbanek, K., & Kanovsky, P. (2014). Central facial paresis and its impact on mimicry, psyche and quality of life in patients after stroke. *Biomedical papers of the Medical Faculty of the University Palacky, Olomouc, Czechoslovakia*, *158*(1), 133–137. Recuperado de https://doi.org/10.5507/bp.2013.014

Krajczy, E., Krajczy, 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. Recuperado de https://doi.org/10.5603/PJNNS.a2019.0053

Lassaletta, L. et al. (2019). *Parálisis facial: guia de prática clínicade la Sociedad Espanola de ORL.* Acta Otorrinolaringologica Esp. Recuperado de htpp//doi.org/1016/j.otorri.2018.12.004

Lorenz, A., Lichlus- Guntinas, O., Hamzel, F. (2020) Is the number of Central Facial Palsy (cFP) after ischemic stroke a relevant size? The prevelence of CFP after ischemic stroke: A prsopective study.Neurology and Neurosurgery. Volume 4:1-3 doi: 10.15761/NNS. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/343547574_Neurology_and_Neurosurgery_Is_the_number_of_Central_Facial_Palsy_cFP_after_ischemic_stroke_a_relevant_size_The_prevalence_of_cFP_after_ischemic_stroke_A_prospective_study

Matos, K. C., Oliveira, V. F., Oliveira, P., & Braga Neto, P. (2022). An overview of dysphagia rehabilitation for stroke patients. *Arquivos de neuro-psiquiatria*, *80*(1), 84–96. Recuperado de https://doi.org/10.1590/0004-282X-ANP-2021-0073

Marin, S., Serra-Prat, M., Ortega, O., & Clavé, P. (2018). Cost of oropharyngeal dysphagia after stroke: protocol for a systematic review. *BMJ open*, *8*(12), e022775. Recuperado de https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-022775

Marin, S., Serra-Prat, M., Ortega, O., & Clavé, P. (2020). Healthcare-related cost of oropharyngeal dysphagia and its complications pneumonia and malnutrition after stroke: a systematic review. *BMJ open*, *10*(8), e031629. Recuperado de https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-031629

Meleis, A. I. (2010) Transitions Theory- Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice. Recuperado de https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwic7ZyN5cX4AhVQgs4BHaGBAKEQFnoECAgQAQ&url=https%3A%2F%2Ftaskurun.files.wordpress.com%2F2011%2F10%2Ftransitions_theory__middle_range_and_situation_specific_theories_in_nursing_research_and_practice.pdf&usg=AOvVaw0P3GtfAAn-XkClx2hqMY50

Menoita, E. C. (2014). Reabilitar a Pessoa Idosa com AVC- contributos para um envelhecer resiliente. Loures: Lusociência.

Oliveira, J. O. (2022) A pessoa com deglutição comprometida após o acidente vascular cerebral: da evidência à prática (Tese de Doutoramento). Recuperado de https://repositorio-aberto.up.pt

Oliveira, C.,Carmezim, I., Cabral, M. Miranda, M., Monteiro, N., Gomes, A…. (2016) Vamos relembrar... tempo é cerebro.*Medicina Interna*, vol23, nº2 89-93. Recuperado de http://revista.spmi.pt

Ordem dos Enfermeiros (2019). *Regulamento das competencias específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação.* Ordem dos Enfermeiros: Recuperado de http://www.ordemenfermeiros.pt

Ortega, Omar & Cabre, Mateo & Clavé, Pere. (2014). Oropharyngeal dysphagia: Aetiology and effects of ageing. J. Gastroenterol. Hepatol. Res. 3. 1049-1054. Recuperado de https://doi:10.6051/j.issn.2224-3992.2014.03.408-4

Park, H. S., Park, J. Y., Kwon, Y. H., Choi, H. S., & Kim, H. J. (2018). Effect of orbicularis oris muscle training on muscle strength and lip closure function in patients with stroke and swallowing disorder. *Journal of physical therapy science*, *30*(11), 1355–1356. Recuperado de https://doi.org/10.1589/jpts.30.1355

Pedro Marques Silva. (2013). *Evitar o Acidente Vascular Cerebral: um desejo e uma responsabilidade.* Fundação Portuguesa de Cardiologia. Recuperado de http://www.fpcardiologia.pt

Petronilho, F. A. S. (2013). A alta hospitalar do doente dependente no autocuidado: decisões, Portugal, destinos, padrões de assistência e de utilização dos recursos: estudo exploratório sobre o impacto nas transições do doente e do familiar cuidador (Tese de doutoramento). Universidade de Lisboa, Portugal. Recuperado de http://hdl.handle.net/10451/10572

Peters MDJ, Godfrey C, McInerney P, Munn Z, Tricco AC, Khalil, H. Chapter 11: Scoping Reviews (2020 version). In: Aromataris E, Munn Z (Editors). *JBI Manual for Evidence Synthesis*, JBI, 2020. Recuperado de https://synthesismanual.jbi.global; https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12

Queirós, P.J. P. (2019) Uma prática teórica da enfermagem - coletânea para uma epistemologia de enfermagem. (Material de trabalho da UC "teoria da Enfermagem" dos mestrados da EsenfC.

Rofes, L., Arreola, V., Mukherjee, R., & Clavé, P. (2014). Sensitivity and specificity of the Eating Assessment Tool and the Volume-Viscosity Swallow Test for clinical evaluation of oropharyngeal dysphagia. *Neurogastroenterology and motility: the official journal of the European Gastrointestinal Motility Society*, *26*(9), 1256–1265. Recuperado de https://doi.org/10.1111/nmo.12382

Świder, K., & Matys, J. (2018). Complete dentures for a patient after a stroke by means of orofacial myofunctional therapy: A clinical report. *The Journal of prosthetic dentistry*, *120*(2), 177–180. Recuperado de https://doi.org/10.1016/j.prosdent.2017.10.023

Silva, P.M. (s.d.) Evitar o acidente vascular cerebral: um desejo e uma responsabilidade partilhada. *Fundação Portuguesa de Cardiologia.* Nº13. Recuperado de http://www.fpcardiologia.pt

Silva, I. S.;Veloso, A. L.; Keating, José B. Focus group: Considerações teóricas e metodológicas. Revista Lusófona de Educação, [S.l.], v. 26, n. 26, aug. 2014. ISSN 1646-401X. Recuperado de https://hdl.handle.net/1822/32357

Scottish Intercollegiate Guidelines Network (2010). *Management of patients with stroke: identification and management of dysphagia.* Recuperado de https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjOlM3n5sX4AhXWt6QKHXXLDvUQFnoECAYQAQ&url=http%3A%2F%2Flibrary.nhsggc.org.uk%2Fmedia%2F223794%2Fsign119.pdf&usg=AOvVaw2YJ30oOmf2rg7-q5QzmXGo

Singh, P. K. (2019) - World Stroke Day 2019. World Health Organization. Recuperado de https://www.who.int

Sá, M. J., & Teixeira, C. (2014). Neurologia Clínica- Compreender as doenças neurológicas. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa.

Serviço Nacional de Saúde(2019). Dia Mundial do AVC. Recuperado de http://www.sns.gov.pt

Schimmel, M., Ono, T., Lam, O. L., & Müller, F. (2017). Oro-facial impairment in stroke patients. *Journal of oral rehabilitation*, *44*(4), 313–326. Recuperado de https://doi.org/10.1111/joor.12486

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. Recuperado de https://doi.org/10.3233/NRE-182526

Smithard D. G. (2016). Dysphagia Management and Stroke Units. *Current physical medicine and rehabilitation reports*, *4*(4), 287–294. Recuperado de https://doi.org/10.1007/s40141-016-0137-2

Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral (SPAVC) (2019). *13º Congresso Português do AVC*. Recuperado de News engage Farma: http://www.newsfarma.pt

Steele, C. M., Bayley, M. A., Péladeau-Pigeon, M., & Stokely, S. L. (2013). Tongue pressure profile training for dysphagia post stroke (TPPT): study protocol for an

exploratory randomized controlled trial. *Trials*, *14*, 126. Recuperado de https://doi.org/10.1186/1745-6215-14-126

Teasel, R. et al. (2018). Dysphagia and aspiration following stroke. Heart & stroke foundation Candian partnership for stroke recovery: 15 (1-71).Recuperado de http://www.ebrsr.com

Terre, R. (2020). *Disfagia orofaríngea en el ictus: aspectos diagnósticos y. Rev Neurologia*, 70:444-452. Recuperado de https://doi.org/10.33588/rn.7012.2019447

Vaughan, A., Gardner, D., Miles, A., Copley, A., Wenke, R., & Coulson, S. (2020). A Systematic Review of Physical Rehabilitation of Facial Palsy. *Frontiers in neurology*, *11*, 222. Recuperado de https://doi.org/10.3389/fneur.2020.00222

Vaughan, A., Copley, A., & Miles, A. (2021). Physical rehabilitation of central facial palsy: A survey of current multidisciplinary practice. *International journal of speech-language pathology*, 1–10. Advance online publication. Recuperado de https://doi.org/10.1080/17549507.2021.2013533

Volk, G. F., Steinerstauch, A., Lorenz, A., Modersohn, L., Mothes, O., Denzler, J., Klingner, C. M., Hamzei, F., & Guntinas-Lichius, O. (2019). Facial motor and non-motor disabilities in patients with central facial paresis: a prospective cohort study. *Journal of neurology*, *266*(1), 46–56. Recuperado de https://doi.org/10.1007/s00415-018-9099-x.

World Health Organization. (24 de maio de 2018). *The top 10 causes of death*. Recuperado de https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death

ANEXOS

ANEXO I - Parecer de Comissão de Ética da UICISA:E da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

COMISSÃO DE ÉTICA

da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem** (UICISA: E)

da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra** (ESEnfC)

Parecer Nº P872_04_2022

Título do Projecto: A pessoa com compromisso na deglutição por paresia facial central pós-AVC – desenvolvimento de um programa de enfermagem de reabilitação.

Identificação das Proponentes
Nome(s): Maribel Fernandes Mendes Pinto
Filiação Institucional: ESEnfC.
Investigador Responsável: Maribel Fernandes Mendes Pinto
Orientadores(es): Professor Carlos Oliveira; Professor Hugo Neves.

Relator: Rogério Manuel Clemente Rodrigues

Parecer

O estudo apresentado insere-se em Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da ESEnfC, tendo como justificação o facto de que a paresia facial central (PFC), "*... na pessoa pós AVC, surge na maioria das vezes como um dos primeiros sinais do AVC, persistindo do mesmo modo, como outras alterações motoras daí decorrentes.*"

Tem como objetivo geral "*Desenvolver um programa de reabilitação para a pessoa com disfagia por paresia facial central pós-AVC.*". Como específicos "*Mapear as intervenções de enfermagem de reabilitação para a pessoa com compromisso da deglutição por paresia facial central após AVC.*" e "*Validar um programa de enfermagem de reabilitação para a pessoa com compromisso da deglutição por paresia facial central após AVC.*"

Metodologicamente o estudo é organizado em duas partes, respondendo cada uma a um dos objetivos propostos:

-A primeira parte, uma revisão de *scoping*;

-A segunda, um estudo qualitativo com a participação de seis a oito enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação com experiência em "*cuidados diretos a pessoas com compromisso da deglutição por paresia facial central pós-AVC num período superior ou igual a 5 anos.*" (grupo focal), para validação da proposta de programa desenvolvido na primeira parte do estudo.

Os participantes serão recrutados a partir dos contactos da proponente. Os dados serão recolhidos através de questionário de caracterização socio-demográfica e entrevista gravada. É apresentado o guião da entrevista.

A proponente garante a destruição das gravações áudio, e transcrições das entrevistas, após a conclusão do estudo.

Assim, e com base nos documentos submetidos:

- É justificada a pertinência e utilidade do estudo;
- Estão definidos os critérios de inclusão dos participantes;
- Está definida a metodologia de recolha de dados;
- Não há questões sobre a prática concreta de cuidados dos participantes;
- É garantida a participação livre, voluntária e informada dos participantes;
- São garantidos o anonimato e a confidencialidade dos dados recolhidos, sendo as gravações áudio, e a sua transcrição, destruídas após a conclusão do estudo;
- Não são identificados danos para os participantes.

Pelo exposto, o parecer da Comissão de Ética da UICISA: E é favorável ao estudo tal como apresentado.

O relator: Rogério Manuel Clemente Rodrigues

Data: 18/05/2022 A Presidente da Comissão de Ética: Maria Filomena Botelho

UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE ENFERMAGEM

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

FCT Fundação para a Ciência e a Tecnologia

ANEXO II- Escala de GUSS

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 15 minutos	1 ☐	0 ☐
TOSSE e/ou PIGARRO	Tosse voluntária: o doente deve tossir ou pigarrear duas vezes	1 ☐	0 ☐
DEGLUTIÇÃO DA SALIVA • Deglutição bem-sucedida	Realize a higiene oral se a boca estiver muito seca Se o doente tossir durante ou após a deglutição da saliva, assinale "Não"	1 ☐	0 ☐
• 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 côdea 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 - **Rastreio 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) • *Opcional: Avaliações funcionais complementares da deglutição (FEES, VFES)* [2] • *Opcional: Encaminhar para o terapeuta da fala*[2] *Suplementação via PEG, sonda nasogástrica ou parentérica + suplementos alimentares*
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! • *Opcional: Avaliações funcionais complementares da deglutição* (FEES,VFES)[2] • *Opcional: Encaminhar para o terapeuta da fala* [2] *Suplementação via PEG, sonda nasogástrica ou parentérica + suplementos alimentares*
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) • *Opcional: avaliações funcionais complementares da deglutição* (FEES,VFES) [2] • *Opcional: Encaminhar para o terapeuta da fala* [2] *Suplementação via PEG, sonda nasogástrica ou parentérica*

[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.

APÊNDICES

APÊNDICE I - Tabela de Extração de Dados

Identificação do estudo (referências)	Título do estudo e ano	Objetivos	Metodologia	População em estudo	Critérios de inclusão	Tipo de intervenções		Resultados
						Grupo A	Grupo B	
Mary Hägg Lita Tibbbling	Effect of oral IQoro® and palatal plate training in post-stroke, four-quadrant facial dysfunction and dysphagia: A comparison study (2015)	Investigar se o treino com a Placa Palatina (PP) e a tela IQoro® diferem em relação à disfunção facial e disfagia, e de que forma a efetividade do treino persiste no follow-up tardio	Estudo prospetivo comparativo	31 doentes com AVC (11mulheres e 20 homens) Média de idades 53-81 anos de idade.	Capacidade de cooperação, existência de apenas uma doença do foro neurológico (AVC)	Treino com PP durante 3 meses, três vezes por dia 10-30' antes das refeições entre (2005-2008) em doentes com paresia facial e disfagia	Treino com a tela IQoro®, três vezes por dia 10-30' antes das refeições entre durante 3 meses (2009-2012) em doentes com paresia facial e disfagia	- Os dois grupos apresentaram valores patológicos no teste de atividade facial (TAF) no quadrante facial inferior contralateral à lesão cortical. - Todos os doentes do grupo d e treino IQoro® e 92% do grupo de treino com PP tinham valor patológico de TAF nos restantes 3 quadrantes faciais. - Os dois grupos em estudo apresentaram um valor (TAF) patológico nos quatro quadrantes faciais. - Após o treino o valor TAF para o quadrante facial inferior diminuiu significativamente nos dois grupos - A melhoria na atividade facial persistiu até à avaliação de follow-up nos dois tipos de tratamento. - No final do tratamento a capacidade de deglutição foi normal para 31% do grupo A e 50% para o grupo B. Sendo que no início do tratamento a capacidade de deglutição era normal para 8% do grupo A e 6% do grupo B.

Mary Hägg Lita Tibbling	Effects on Facial Dysfunction and Swallowing capacity of intraoral stimulation early and late after stroke (2015)	Investigar se a estimulação intraoral “cedo e Tarde” após um primeiro AVC afeta simultaneamente a disfagia, a força labial, e a disfunção facial no quadrante facial inferior assim como nos outros 3 quadrantes faciais	Estudo prospetivo	31 doentes com AVC (11 mulheres e 20 homens)	Capacidade de cooperação, existência de apenas uma doença do foro neurológico (AVC)	Grupo de 11 doentes, com idade média de 71 anos, cujo estudo iniciou 5 semanas após AVC. Aplicado teste de avaliação da atividade facial, teste de capacidade de deglutição e teste da força labial em 3 diferentes ocasiões: antes do início da estimulação intraoral, após 3 meses de tratamento e após um ano do final de tratamento	Grupo de 20 doentes, com idade média 61 anos, cujo estudo iniciou-se 57 semanas após AVC. Aplicado teste de avaliação da atividade facial, teste de capacidade de deglutição e teste da força labial em 3 diferentes ocasiões: antes do início da estimulação intraoral, após 3 meses de tratamento e após um ano do final de tratamento	- Os 31 doentes inicialmente apresentavam disfunção facial no quadrante inferior contralateral à lesão cortical. 52% com valores patológicos no teste da AF nos 4 quadrantes faciais e 93% com disfunção em algum dos restantes três quadrantes. - No final do tratamento 31% dos doentes apresentavam uma função normal da AF no quadrante inferior contralateral à lesão cortical (27% no grupo 1 e 35% no grupo 2). Doze doentes apresentaram uma AF normal nos restantes três quadrantes faciais (36% no grupo 1 e 40% no grupo 2). Os níveis de AF melhoraram significativamente nos três tempos de avaliação. A força labial e a capacidade de deglutição melhoraram significativamente no final do tratamento assim como no último follow-up. -A capacidade de deglutição com valores normais foi registada em 7% dos doentes no primeiro teste, 42% no final do tratamento e 43% no follow up(respetivamente, 0%, 46% e 46% no grupo 1, e 10%, 40% e 40% no grupo 2
Hee-Su Park Jae-Young Park	Effect of orbicularis oris muscle	Investigar o efeito do treino de resistência do	Prospetivo	10 doentes com alteração da	Doentes com paresia facial após AVC,	Todos os participantes receberão		- Após a intervenção houve um aumento significativo da força muscular do

Young-Hwa Kwon Hee Su Choi Hee Jeong Kim	training on muscle strength and lip closure function in patients with stroke and swallowing disorder (2018)	musculo orbicular na força muscular labial e encerramento labial em doentes com alteração da deglutição e paresia facial após AVC		deglutição e paresia facial após AVC	diagnóstico de alteração da deglutição, função de encerramento labial inapropriada, diagnóstico de AVC desde há 6 meses	reabilitação tradicional (estimulação sensorial, treino muscular) e adicionalmente treino de resistência do musculo orbicular 30 vezes por semana durante 5 vezes por semana durante 4 semanas		orbicular, assim como da função de encerramento labial
Pere Clavé Civit Pilar Garcia Peris	Guía de diagnóstico y de tratamento Nutricional y Rehabilitador de la disfagia orofaríngea (2015)	Manual para profissionais de saúde com diretrizes de atuação face à pessoa com DO	Não aplicável	Não aplicável	Não aplicável	Não aplicável	Não aplicável	Não aplicável

APÊNDICE II - E-mail convite para os participantes

Email convite para participantes

Prezada senhora enfermeira especialista de enfermagem de reabilitação ……., bom dia

Chamo-me Maribel Fernandes Mendes Pinto e sou estudante do X Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESenfC), e com a orientação do Prof Carlos Oliveira e do Hugo Neves estou a elaborar uma dissertação de Mestrado intitulada "A pessoa com compromisso na deglutição por paresia facial central pós-AVC – desenvolvimento de um programa de enfermagem de reabilitação"

Tendo em vista o seu grande contributo para a área de reabilitação em enfermagem gostaria de convidá-la para participar de um encontro- tipo *Focus Group* com duração aproximada de 1-1h30' hora, através de uma reunião online a ser realizada no dia 31 de Maio, com início previsto entre as 18h45´-19h.

A sua participação é muito importante para perceber o impacto de uma intervenção de enfermagem de reabilitação na pessoa com compromisso da deglutição por paresia facial central pós-AVC.

Caso possa participar, peço que responda a este e-mail afirmativamente.

Obrigada desde já.

Atenciosamente,

Enfª Maribel Pinto

APÊNDICE III - Consentimento informado dos Participantes

INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE

A dissertação de mestrado intitulada por “A pessoa com compromisso na deglutição por paresia facial central pós-AVC – desenvolvimento de um programa de enfermagem de reabilitação”, representada pela investigadora Maribel Pinto, tem como objetivo geral desenvolver um programa de enfermagem de reabilitação para a pessoa com disfagia por paresia facial central pós-AVC.

No seguimento deste estudo, gostaria de validar um programa de enfermagem de reabilitação para a pessoa com compromisso da deglutição por paresia facial central após AVC.

Neste sentido, solicito a sua participação num grupo focal em que colocarei algumas questões relacionadas com as suas experiências de cuidados à pessoa com este tipo de afeção. O grupo focal terá a duração máxima de 1 hora e será realizado com recurso a meios audiovisuais.

Riscos e custos: Não existem danos ou custos associados à sua participação neste projeto.

Benefícios: A sua opinião é decisiva para o desenvolvimento de novas práticas de enfermagem de reabilitação para a pessoa com compromisso da deglutição por paresia facial central pós-AVC.

Alternativas: A sua participação é voluntária e só deve aceitá-la depois de devidamente esclarecido(a), podendo para isso colocar quaisquer questões. Se decidir colaborar, pedir-lhe-emos que assine a folha que diz respeito ao consentimento informado, onde confirma o seu acordo em participar. Tem sempre a alternativa de não completar o grupo focal ou não responder a algumas das questões.

Confidencialidade: A garantia da confidencialidade será assegurada pelo anonimato da identidade do participante e dos dados obtidos, de modo a que mais ninguém além do investigador conheça a fonte da qual provém a informação.

A reunião do Grupo Focal será gravada, para posterior transcrição de dados, sendo estes destruídos após análise dos mesmos. Todos os dados serão apenas tratados por mim enquanto investigadora.

Disponibilidade para esclarecimento de dúvidas: Se tiver qualquer dúvida ou preocupação, agora ou em qualquer altura, sobre o estudo poderá contactar a investigadora através do email maribelmendes@sapo.pt ou tlm 965166863

CONSENTIMENTO INFORMADO

Declaro que, relativamente ao grupo focal integrado na dissertação de mestrado de reabilitação intitulada por “A pessoa com compromisso na deglutição por paresia facial central pós-AVC – desenvolvimento de um programa de enfermagem de reabilitação”, fui informado(a) que o mesmo será realizado com recursos audiovisuais para fins de elaboração de estudo de investigação. Fui informado(a) também sobre o âmbito, os objetivos, os riscos e os custos, os benefícios, as alternativas, a garantia de confidencialidade, a disponibilidade para o esclarecimento de dúvidas, e o carácter voluntário da minha participação. Compreendi as explicações que me foram fornecidas verbalmente e por escrito. Foi-me dada oportunidade para colocar questões que julguei necessárias às quais obtive resposta satisfatória e com a minha assinatura aceito participar no estudo.

Assinatura do(a) participante

_____Data_ / _/2022

Assinatura do investigador

_____Data_ / _/2022

APÊNDICE IV - Caraterização sociodemográfica do grupo focal

CARACTERIZAÇÃO SÓCIO – DEMOGRÁFICA

1. Sexo:

☐ Feminino

☐ Masculino

2. Idade:_____anos

3. Habilitações Académicas e Profissionais:
   (pode assinalar mais que uma opção)

☐ Pós-graduação

☐ Especialidade em Enfermagem de Reabilitação

☐ Mestrado

☐ Doutoramento

4. Categoria Profissional:

☐ Enfermeiro

☐ Enfermeiro Especialista

☐ Enfermeiro Gestor

5. Tempo de exercício profissional:_____anos

APÊNDICE V - Plano /roteiro orientador da sessão de grupo focal

ITENS	PLANO /ROTEIRO
INTRODUÇÃO	- Agradecer a disponibilidade e participação dos elementos no grupo de discussão;
	- Apresentação dos participantes;
VALIDAÇÃO DO FOCUS GROUP	- Apresentar Professores Orientadores da Dissertação de Mestrado - Solicitar a autorização para citar na íntegra ou pequenos excertos do discurso; - Assegurar a confidencialidade das informações; - Informar de forma global acerca da natureza do Grupo Focal e a sua importância para o estudo;
DESENVOLVIMENTO	- Apresentar finalidade do estudo: Desenvolver um programa de reabilitação para a pessoa com deglutição comprometida por paresia facial central pós-AVC Objetivos: 1. Mapear as intervenções de enfermagem de reabilitação para a pessoa com compromisso da deglutição por paresia facial central após-AVC. 2. Validar um programa de enfermagem de reabilitação para a pessoa com compromisso da deglutição por paresia facial central após-AVC. - Contextualizar brevemente a fase do processo investigativo: em fase de validação do programa de reabilitação
	- Apresentação dos objetivos do Grupo Focal: 1. Promover uma análise reflexiva e crítica acerca do programa de enfermagem de reabilitação proposto 2. Construir um plano de reabilitação com base nos contributos obtidos deste Grupo Focal
	- Colocação das questões incitação à discussão
	- Discussão de grupo

	Aspetos a considerar para o decorrer da discussão: 1. Todos os participantes devem dar a sua opinião sobre as questões que serão colocadas 2. O que interessa é a vossa opinião (não há respostas certas ou erradas) 3. Peço que se evite interromper a intervenção de cada participante 4. Proponho como organização de participação a ordem alfabética do nome de cada participante 5. Por questões de confidencialidade serão identificados como P1, P2… de acordo com a primeira citação que seja realizada. 6. Está prevista uma duração máxima de 1h-30', sendo fundamental a vossa participação até ao final
CONCLUSÃO	-Agradecer a disponibilidade e participação de todos, garantir a confidencialidade de cada participante na sessão Garantir que os resultados deste estudo possam ser consultados após a sua defesa e apresentação

APÊNDICE VI - Projeto de melhoria continua da qualidade

PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE

(PMQC)

1 – DESIGNAÇÃO DO PROJETO

Promover a “expressão” de uma deglutição segura

2 – COORDENADOR DO PROJETO

Maribel Fernandes Mendes Pinto

2.1 - COLABORADORES NA EXECUÇÃO DO PROJETO

Enfermeiros Especialistas de Enfermagem de Reabilitação

3 – HORIZONTE TEMPORAL DE EXECUÇÃO DO PROJETO

Um ano

4 – JUSTIFICAÇÃO/ENQUADRAMENTO

O Acidente Vascular Cerebral (AVC), apresenta-se como uma patologia do foro neurológico que origina alterações aos vários níveis, desde motor, sensorial, cognitivo e respiratório.

A deglutição comprometida, manifestada por disfagia do tipo orofaríngea, é um problema comum após o AVC, segundo Teasell et al. (2018), tem uma incidência na fase aguda pós AVC de aproximadamente de 55%, podendo resultar num aumento da morbimortalidade, associada a malnutrição, desidratação e compromisso pulmonar.

A Paresia Facial Central (PFC) pode ser um dos sintomas iniciais pós AVC, segundo Cattaneo e Pavesi (2014) citados por Vaugham et al. (2020), há estudos que demonstram que 60% das pessoas que tiveram o primeiro AVC, apresentavam PFC. Outros estudos realizados demonstram uma prevalência de 45% de pessoas pós AVC com PFC.

A maioria das pessoas com deglutição comprometida após AVC apresenta PFC, estas alterações requerem do EEER uma intervenção especializada, dada a sua especificidade e implicações inerentes a estes processos.

O ato de alimentar-se no ser humano, para além de ser um ato de sobrevivência, o mesmo engloba um conjunto de sensações inerentes ao bem-estar da pessoa aos vários níveis. Assim, compreende-se que a alteração da deglutição decorrente do AVC represente mais que uma manifestação motora e sensorial uma limitação à vida de relação da pessoa, se não for alvo de cuidados enfermagem especializados.

A presença de PFC, na pessoa pós AVC, surge na maioria das vezes como um dos primeiros sinais do AVC, persistindo do mesmo modo, como outras alterações motoras daí decorrentes. Neste sentido, o processo de reabilitação também deverá irá incluir a motricidade facial.

Pela sua ligação anatomofisiológica, o compromisso da deglutição, em específico na fase oral e a PFC representam sinais major de atuação do EEER, quer no *Screening* da disfagia e adaptação da consistência da dieta, como na execução de um plano de reabilitação dirigido a motricidade facial. Todo este processo só é possível, primeiramente, com a consciencialização, envolvimento e participação da pessoa em causa.

A evidencia científica, permite relacionar e demonstrar ganhos ao nível motor e sensorial quando realizada uma abordagem de reabilitação conjunta da PFC e da deglutição comprometida.

Vários estudos elaborados por Hägg e colaboradores demonstraram ganhos pelo treino neuromuscular orofacial através de um dispositivo quer na deglutição como na PFC após AVC. O dispositivo refere-se a uma tela acrílica oral, cuja a colocação entre os dentes e os lábios permite a execução de um exercício com ganhos na força muscular da face, boca, garganta (esófago e diafragma). O exercício promovido por este dispositivo leva a que haja uma estimulação de um complexo neuromuscular envolvido simultaneamente na atividade facial e deglutição. As técnicas de estimulação intraoral, estimulam vários nervos cranianos sensitivos e motores, no qual se inclui o nervo facial que inerva os lábios, o musculo estilo-hióideu, a região posterior do musculo digástrico, o musculo bocal, o musculo constritor superior faríngeo e o musculo elevador do véu palatino. Esta conjugação de aspetos neurofisiológicos, relaciona-se deste modo, com os dados de melhoria apresentados ao nível da capacidade de deglutição e na função motora facial no final do tratamento, revelando assim, uma regulação sistémica comum ao nível orofacial e deglutição.

Havendo uma prática consolidada no que se refere à adaptação da consistência da dieta, na adoção de técnicas posturais preventivas da aspiração pelos EEER, e na execução de exercícios de mimica facial, sugere-se assim a adoção de uma nova prática em conjunto com as anteriores, que permita atuar de uma mais eficaz e dirigida na pessoa com deglutição comprometida por PFC pós AVC.

É assim, definido um programa de reabilitação, neste âmbito, que reúne um conjunto intervenções de Enfermagem de Reabilitação, sistematizadas e dirigidas para a pessoa com deglutição comprometida por PFC pós AVC, tendo por base o Modelo Teórico de Enfermagem da Teoria das Transições de Afaf Meleis. Neste sentido, com este PMCQ, pretende-se implementar um conjunto de intervenções de Enfermagem de Reabilitação, para serem executadas e implementadas pelos EEER à pessoa com deglutição comprometida por PFC. Para tal, será fundamental a capacitação de todos os EEER em relação ao programa de reabilitação, e simultaneamente a capacitação da pessoa com deglutição comprometida por PFC pós AVC.

Neste PMCQ os cuidados de enfermagem tomam por foco a **prevenção de complicações,** a **promoção do bem-estar e do autocuidado** da pessoa com alterações da deglutição e desta forma **da sua saúde e satisfação, elementos integrantes dos** enunciados descritivos dos Padrões de Qualidades dos Cuidados de Enfermagem (PQCE) da Ordem dos Enfermeiros (OE).

5 – OBJETIVOS

- Implementar um programa de reabilitação para pessoa com compromisso na deglutição por PFC pós AVC
- Sistematizar a atuação dos EEER perante a pessoa com compromisso na deglutição por PFC pós AVC
- Capacitar a pessoa com deglutição comprometida por PFC na execução de técnicas e exercícios de motricidade orofacial

6 – DESENHO DO PROJETO SEGUNDO AS ETAPAS DE HEATHER PALMER

6.1 - DIMENSÃO ESTUDADA

Eficácia

Adequação técnico científica

6.2 - UNIDADES DE ESTUDO

Utilizadores incluídos na avaliação: Utentes com compromisso na deglutição por PFC pós-AVC, com ECG de 15, sem alterações orofaciais e/ou cervicais que impossibilitem a execução do programa.

Profissionais em avaliação: Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação

Período de tempo de avaliação: 1 ano

6.3 - TIPO DE DADOS

Estrutura

Processo

Resultado

6.4 - FONTE DE DADOS

Documentação no SClínico

Instrumento de avaliação da aprendizagem dos enfermeiros relativo a avaliação da PFC, da deglutição, aplicação da escala de House Brackmann e da escala de GUSS

Base de dados interna

- Identificação do doente (Iniciais)
- Tipo de compromisso da deglutição (fase da deglutição comprometida)
- Técnica e exercícios prescritos
- Capacitação da pessoa
- Monitorização da evolução da PFC
- Monitorização da evolução da deglutição pela escala de GUSS

6.5 - TIPO DE AVALIAÇÃO

Interna (Inter-pares)

6.6 - CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO

Critérios Explícitos - Normativos

CRITÉRIOS	EXCEÇÕES	ESCLARECIMENTOS
O EEER deve: 1- Avaliar a paresia facial central; 1.2- Aplicar escala de House Brackmann para avaliação da PFC; 1.3- Identificar diagnóstico de enfermagem de reabilitação de paresia facial; 2- Avaliar deglutição; 2.1- Aplicar escala de GUSS e seguir recomendações de acordo com dados de avaliação da escala;	Utentes sem potencial para melhorar o conhecimento e a capacidade na execução de técnicas e exercícios para a deglutição	Critério de acordo com Procedimento específico – Programa de Enfermagem de Reabilitação na pessoa com compromisso na deglutição por PFC pós-AVC

2.2- Identificar foco de deglutição comprometida; 3- Assistir a identificar condições para a deglutição comprometida por PFC; 4- Identificar potencial para melhorar o conhecimento sobre deglutição comprometida por PFC. 4.1- Identificar potencial para melhorar a capacidade sobre a deglutição comprometida por PFC. 5- Ensinar sobre dispositivo de treino neuromuscular oral- tela IQoro®. 5.1- Instruir sobre dispositivo de treino neuromuscular oral- tela IQoro®. 5.2-Treinar sobre dispositivo de treino neuromuscular oral- tela IQoro®. 6- Ensinar sobre exercícios orofaciais. 6.1- Instruir sobre exercícios orofaciais. 6.2- Treinar sobre exercícios orofaciais.	comprometida por PFC	

6.7 - COLHEITA DE DADOS

Os dados serão colhidos pelos elementos que compõem o presente projeto através de:

Documentação no Sclinico

Instrumento de avaliação da aprendizagem dos EEER relativo a avaliação da PFC, da deglutição e aplicação da escala de House Brackmann e escala de GUSS

Base de dados interna

- Identificação do doente (Iniciais)
- Tipo de compromisso da deglutição (fase da deglutição comprometida)
- Técnica e exercícios prescritos
- Capacitação da pessoa
- Monitorização da evolução da PFC
- Monitorização da evolução da deglutição

6.8 - RELAÇÃO TEMPORAL

Prospetiva

6.9 - SELEÇÃO DA AMOSTRA

Amostra Institucional e Seletiva

6.10 – INDICADORES

Indicadores de estrutura

-Procedimento específico – Programa de Enfermagem de Reabilitação na pessoa com compromisso na deglutição por PFC pós-AVC

-Instrumento de avaliação da aprendizagem dos EEER relativo ao compromisso na deglutição por PFC pós AVC

-Nº de Enfermeiros que participaram da formação sobre deglutição comprometida e PFC pós AVC

-Taxa de evolução de conhecimento dos EEER sobre o compromisso na deglutição e PFC pós-AVC

$$= \frac{\text{Nº de EEER que participaram na formação}}{\text{Nº de EEER que participaram na formação}} x100$$

Indicadores de processo

-Nº de doentes aos quais foram prescritas técnicas e exercícios de motricidade orofacial

Indicadores de Resultado

Taxa de evolução de conhecimento/capacidade das pessoas com compromisso na deglutição por PFC

$$= \frac{\text{Nº de pessoas com potencial para melhorar } \frac{\text{conhecimento}}{\text{capacidadede}} \text{ em tecnicas e exercicios orofaciais que foram capacitadas}}{}$$

6.11 - INTERVENÇÃO PREVISTA

Medidas estruturais:

Construção de base de dados interna para monitorização do Projeto

Procedimento específico – Programa de Enfermagem de Reabilitação na pessoa com compromisso na deglutição por PFC pós-AVC

Elaboração de material pedagógico (Panfletos, vídeos, flyers) de técnicas e exercícios orofaciais

Medidas Educacionais:

Realização de sessões formativas aos EEER sobre compromisso na deglutição e PFC pós-AVC

Capacitação da pessoa com compromisso na deglutição por PFC pós-AVC

7– CRONOGRAMA

	202…												
	jan	fev	mar	abr	mai	jun	jul	ago	set	out	nov	dez	jan
Elaboração do PMCQ													
Construção de base de dados interna para monitorização do Projeto													
Elaboração de Procedimento específico – Programa de Enfermagem de Reabilitação na pessoa com compromisso da deglutição por paresia facial central pós-AVC													
Elaboração de material pedagógico (Panfletos, vídeos, flyers) sobre deglutição comprometida por PFC													
Colheita de dados													
Avaliação intercalar do projeto													
Avaliação final do projeto													