



Bebiana Branco Teixeira

Nº 41483

**Instrumentos/escalas de avaliação da disfagia em doentes em todos os contextos de
prestação de cuidados – Scoping Review**

Escola Superior de Saúde Fernando Pessoa

Porto, 2024

Bebiana Branco Teixeira

Nº 41483

**Instrumentos/escalas de avaliação da disfagia em doentes em todos os contextos de
prestação de cuidados – Scoping Review**

Eu, abaixo-assinado, atesto a originalidade deste trabalho

Trabalho de graduação apresentado à Escola Superior de Saúde
Fernando Pessoa, sob a orientação da Professora Jacinta Pisco,
como parte dos requisitos para obtenção do Grau de Licenciatura
em Enfermagem.

Escola Superior de Saúde Fernando Pessoa

Porto,2024

Resumo

Introdução: A disfagia é uma condição comum e resulta de um processo anormal da deglutição, com elevada prevalência a nível mundial. Para dar resposta à seguinte questão: Quais os instrumentos/escalas de avaliação utilizados em pessoas com disfagia em todos os contextos de prestação de cuidados? Pretendemos realizar uma Scoping Review.

Objetivo: Mapear a evidência científica atual acerca dos instrumentos/escalas de avaliação da disfagia em pessoas em todos os contextos de saúde.

Metodologia: Foi utilizada a mnemónica “PCC” para determinar a população, conceito e contexto. Os participantes são as pessoas cujas escalas e instrumentos foram aplicados; o conceito a disfagia/distúrbios da deglutição; o contexto serão todos os contextos de prestação de cuidados.

Resultados: Foram incluídos cinco estudos, que apresentam as seguintes escalas/instrumentos: escala de *Gugging Swallowing Screen* (GUSS); *Functional Oral Intake Scale* (FOIS) e o *Fiberoptic Endoscopic Dysphagia Severity Score* (FEDSS); *Massey Bedside Swallowing Screen*; *Post Extubation Dysphagia Screening Tool* (PEDST) e *Swallowing Algorithm post extubation* (SAPE).

Conclusão: Os instrumentos/escalas de avaliação da disfagia encontrados, contemplam diferentes metodologias, que através de diversas estratégias, permitem testar a disfagia e por sua vez realizar um diagnóstico.

Palavras-chave: Distúrbios da deglutição; Disfagia; Pessoa; Escalas; Prestação de cuidados de saúde.

Abstract

Introduction: Dysphagia is a common condition and results from an abnormal swallowing process, with high prevalence worldwide. To answer the following question: What assessment instruments/scales are used for people with dysphagia in all care contexts? We intend to carry out a Scoping Review.

Objective: Map current scientific evidence about instruments/scales for assessing dysphagia in people in all health contexts.

Methodology: The mnemonic “PCC” was used to determine the population, concept and context. The participants are individuals to whom the scales and instruments were applied; the concept of dysphagia/swallowing disorders; the context will be all care delivery contexts.

Results: Five studies were included, which present the following scales/instruments: Gugging Swallowing Screen scale (GUSS); Functional Oral Intake Scale (FOIS) and the Fiberoptic Endoscopic Dysphagia Severity Score (FEDSS); Massey Bedside Swallowing Screen; Post Extubation Dysphagia Screening Tool (PEDST) and Swallowing *Algorithm post extubation* (SAPE).

Conclusion: The dysphagia assessment instruments/scales found include different methodologies, which, through different strategies, allow testing dysphagia and in turn making a diagnosis.

Keywords: Swallowing disorders; Dysphagia; person; Scales; Delivery of health care.

Agradecimentos

Em primeiro gostaria de redigir os meus agradecimentos aos meus pais, aos meus irmãos, ao meu namorado e à Rita, por todo o exemplo de trabalho e dedicação e por estarem em todos os momentos da minha vida a dar aquele empurrãozinho de força.

Quero também agradecer à minha família e amigos pelo apoio e incentivo ao longo destes anos.

Agradecer às minhas colegas Maria, Diana e Mariana por serem amigas e colegas incríveis ao longo deste caminho e a todos aqueles com quem tive a oportunidade de me cruzar ao longo destes anos.

Um sincero agradecimento à Professora Jacinta Pisco, por ter conduzido a minha orientação ao longo deste projeto e pela sua ajuda.

Aos professores e enfermeiros orientadores, por me terem ajudado a crescer enquanto pessoa e profissional, pelas suas críticas construtivas e pelos seus conhecimentos.

E por fim a mim por ter acreditado que este sonho seria possível com trabalho, dedicação e muito amor e que todo o esforço é recompensatório.

Índice

1. Introdução	8
2.1. Critérios de Inclusão	10
2.2. Estratégia de Pesquisa e Identificação das Fontes de Informação:	10
2.3. Processo de Seleção das Fontes de Informação	11
2.5. Síntese dos Dados	12
3. Resultados	12
4. Discussão dos resultados	14
5. Conclusão	21
6. Referencias bibliográficas	22

Índice de Tabela

Tabela 1 -Estratégia de pesquisa nas bases de dados via EBSCO E PUBMED.....	11
Tabela 2 - Características dos estudos incluídos na Scoping Review.....	14

Índice de Figura

Figura 1 - Fluxograma PRISMA do Processo de Seleção dos Estudos.....	13
---	----

Lista de Siglas e Abreviaturas:

AVC - Acidente Vascular Cerebral

FEES - Flexible Endoscopic Examination of Swallowing

FEDS - Fiberoptic Endoscopic Dysphagia Severity Score

FOIS - Functional Oral Intake Scale

GUSS - Gugging Swallowing Screen

JBI - Joanna Briggs Institute

OE - Ordem dos Enfermeiros

OSF - Open Science Framework

PEDST - Post Extubation Dysphagia Screening Tool

SAPE - Swallowing Algorithm Post Extubation

WGO - World Gastroenterology Organization

1. Introdução

O processo normal da deglutição é fundamental para a manutenção da vida, permitindo o transporte dos alimentos desde a sua ingestão até ao esófago, iniciando o processo da digestão e a eliminação de saliva da cavidade oral, evitando assim a sua passagem para as vias respiratórias. Pelo que a passagem segura dos alimentos e saliva da cavidade oral até a orofaringe acontece através de uma coordenação muscular (Cardoso et al., 2011).

Segundo a World Gastroenterology Organization ([WGO],2014), a disfagia é a dificuldade de iniciar a deglutição ou a sensação de que os alimentos líquidos ou sólidos estão retidos na transição da boca para o estômago, sendo por isso a perceção de que há impossibilidade de passagem normal de alimentos.

Na classificação internacional da prática de enfermagem o ato de deglutir, define-se como o processo fisiológico da passagem dos líquidos e de alimentos, pelo movimento da língua e dos músculos, da boca para o estômago (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2011). A deglutição associada a atividade de vida, deverá ser compreendida para além de questões biológicas, pois qualquer transtorno desta função irá interferir com todos os aspetos da vida social e de lazer com grande impacto na qualidade de vida da pessoa (Feiteirona, 2023).

A disfagia é uma condição com elevada prevalência e que é comum a nível mundial, pois esta condição afeta cerca de 40-70% de pessoas com acidente vascular cerebral [AVC]; 60-80% de pessoas com doenças neurodegenerativas; 13% de adultos com mais de 65 anos; Mais de 51% de idosos institucionalizados e 60-75% de pessoas que são submetidas a radioterapia por neoplasia de cabeça ou pescoço (WGO,2014).

São identificados como diversos os fatores de risco associados à disfagia, como a idade avançada, internamento hospitalar, institucionalização, redução da função cognitiva, alimentação por sonda, deficiências neuromusculares, acidentes vasculares cerebrais, polimedicação e intubação endotraqueal (Paiva, Xavier e Farias, 2013; Park, et al., 2013; Roy et al., 2007; Schefold et al., 2017).

A disfagia de forma isolada ou em associação a outras incapacidades funcionais está relacionada com um pior prognóstico, aumentando o risco de pneumonias, desnutrição,

hospitalização prolongada, institucionalização pós-alta e taxa de mortalidade (Marques et al., 2008).

A disfagia encontra-se associada a diversas patologias do foro neurológico entre estas insere-se o AVC, doença de Parkinson, esclerose múltipla entre outras (Ventura,2000). A causa mais comum de disfagia é o AVC, podendo ocorrer em cerca de um terço das pessoas (Marques et al., 2008). Pelo que o aparecimento súbito da disfagia associa-se ao AVC, enquanto o agravamento progressivo da mesma é indicador de uma doença degenerativa.

As escalas de avaliação de disfagia são instrumentos essenciais para avaliar a condição da pessoa e para identificar a necessidade de intervenções específicas, utilizando métodos como pontuação numérica ou classificações (Stone, 2019; Barker et al., 2022).

Os instrumentos de avaliação da disfagia são ferramentas mais complexas que incluem testes clínicos e observações detalhadas sendo que alguns destes utilizam técnicas avançadas, como endoscopia para avaliar o risco de aspiração e outros aspetos da deglutição (Cichero et al., 2009; Martino et al., 2009).

Surgiu, portanto, a necessidade de realizar uma Scoping Review, seguindo as orientações do Joanna Briggs Institute [JBI]. Cujo objetivo é mapear a evidencia científica atual acerca dos instrumentos/escalas de avaliação da disfagia em pessoas em todos os contextos de saúde.

Pretendendo dar resposta à seguinte pergunta de investigação: Quais os instrumentos/escalas de avaliação em pessoas com disfagia em todos os contextos de prestação de cuidados?

Num processo inicial, foi elaborado um protocolo de Scoping Review, que foi registado na plataforma Open Science Framework [OSF], contribuindo para a credibilidade e integridade da pesquisa, em que foi atribuído um código alfanumérico (osf.io/azvj4/) e o DOI: <https://doi.org/10.17605/OSF.IO/AZVJ4>.

2. Metodologia

Foi utilizada a sigla “PCC” para definir a população, conceito e contexto. Os critérios de seleção foram baseados nas orientações do JBI (Peters et al., 2020).

2.1. Critérios de Inclusão

Foram incluídos estudos que consideram como população pessoas cujas escalas e instrumentos foram aplicados, que abordem a disfagia ou distúrbios da deglutição como conceito e que têm como contexto a prestação de cuidados. Foram incluídos estudos que utilizaram o método quantitativo, bem como estudos qualitativos e de metodologia mista. Foram considerados estudos primários que tratem a temática e com o objetivo de responder à questão de investigação, estabelecendo um limite temporal entre 2014 e 2024.

2.2. Estratégia de Pesquisa e Identificação das Fontes de Informação:

De forma a atender ao objetivo proposto e delimitar estudos, apresenta-se a estratégia de pesquisa definida.

Inicialmente foi realizada uma pesquisa em bases de dados eletrónicas através dos motores de busca PubMed e EBSCO. Sendo que a EBSCO serviu de interface para as bases de dados CINAHL, MEDLINE e Psychology and Behavioral Sciences Collection. Em que se pode retirar uma primeira análise de termos chave, que posteriormente foram introduzidos na plataforma de Descritores em Saúde (DeCS/MeSH) de forma a identificar os descritores nas respetivas bases de dados.

Através de uma segunda análise de pesquisa utilizando os motores de busca acima referidos foi realizada uma pesquisa booleana utilizando os seguintes termos: “Deglutition disorders”; “Swallowing disorders”; “Dysphagia”; “Swallowing screen; “patients”; “clients”; “Measures”; “Scale”; “Delivery of health Care”; “Intensive Care Unit”; “Evaluation”. Foram utilizados os operadores booleanos AND e OR e realizada em MESH Term e All Results. Formando as seguintes frases booleanas (Tabela 1).

Tabela 1 -Estratégia de pesquisa nas bases de dados via EBSCO E PUBMED.

Estratégia de pesquisa para identificação dos estudos			
Motores de busca eletrónica	Termos-chave de pesquisa booleana	Campos de pesquisa	Nº de estudos identificados
EBSCO (MEDLINE)	((MH "Deglutition disorders" AND "swallowing disorders" OR "dysphagia" OR "Swallowing screen") AND (MH "Delivery of Health Care" OR MH "Intensive Care Units") AND ("patients" OR "clients")AND("Evaluation" AND "Dysphagia"))	Palavras-chave Todos os resultados	n =56
EBSCO (CINAHL)	((MH "Deglutition disorders" AND "swallowing disorders" OR "dysphagia" OR "Swallowing screen") AND (MH "Delivery of Health Care" OR MH "Intensive Care Units") AND ("patients" OR "clients")AND("Evaluation" AND "Dysphagia"))	Idem	n =55
EBSCO (Psychology and Behavioral Sciences Collection)	((MH "Deglutition disorders" AND "swallowing disorders" OR "dysphagia" OR "Swallowing screen") AND (MH "Delivery of Health Care" OR MH "Intensive Care Units") AND ("patients" OR "clients")AND("Evaluation" AND "Dysphagia"))	Idem	n =7
PubMed	(((((("Deglutition disorders") AND ("swallowing disorders")) OR ("dysphagia")) OR ("Swallowing screen")) AND (("Delivery of Health Care") OR ("Intensive Care Units")))) AND ("patients") OR ("clients")) AND ("Evaluation") AND ("Dysphagia"))	Todos os resultados	n =54
Total			n =172

2.3. Processo de Seleção das Fontes de Informação

Foram analisados todos os estudos que emergiram na pesquisa bibliográfica incluíram-se estudos redigidos em diversos idiomas como português, inglês, francês e espanhol. A seleção de artigos foi baseada nos critérios de inclusão referidos anteriormente.

Baseando-se no tipo de população, conceito e contexto definidos inicialmente, foi elaborado seguindo as guidelines o diagrama de fluxo PRISMA-ScR, que especifica detalhadamente o processo de revisão que engloba a seleção dos estudos, a eliminação daqueles que se encontrem duplicados bem como aqueles que compõem a terceira etapa da pesquisa.

2.4. Extração dos Dados

Foi analisada, na terceira etapa a pesquisa da evidencia científica selecionada, permitindo identificar a informação relevante para o estudo. Com recurso a uma tabela foi discriminada a estratégia de pesquisa nos motores de busca selecionados, bem como os termos booleanos, os campos de pesquisa e o número de extração de resultados.

De forma a gerir os resultados da pesquisa foi utilizado o software *Mendeley*®. Após a exportação dos estudos encontrados para o software foram eliminados os duplicados (51) e os restantes (121) foram selecionados por duas etapas. A primeira etapa foi realizada a leitura do título e do resumo, considerando apenas os estudos que atendiam aos critérios de inclusão anteriormente estabelecidos. Na segunda etapa, as publicações selecionadas foram avaliadas através da leitura integral das mesmas, pelo que publicações que não fossem de acordo com os critérios de inclusão foram eliminadas.

Para tal, foi elaborado um instrumento de extração de dados, este instrumento permitiu detalhar as características de cada estudo como: os autores, o ano de publicação, o país de origem, o título, a metodologia do estudo, o número de participantes de cada estudo e o objetivo do mesmo.

2.5. Síntese dos Dados

Realizou-se um registo rigoroso da identificação das características de cada estudo, que resultam de uma etapa de pesquisa clara e transparente. Foi elaborado um resumo narrativo, que acompanhou o diagrama e o instrumento de recolha de dados, permitindo relacionar os achados com a pergunta e objetivos definidos inicialmente.

O mapeamento dos instrumentos/escalas da disfagia em pessoas em todos os contextos de prestação de cuidados, possibilitou sintetizar a evidência científica sobre o tema, produzida nos últimos dez anos.

3. Resultados

Os resultados foram selecionados com recurso a uma tabela (Tabela 2) de apresentação de resultados que ao longo da pesquisa foi atualizada regularmente, permitindo obter uma

evidência científica atualizada acerca dos instrumentos/escalas de avaliação da disfagia em pessoas em todos os contextos de prestação de cuidados.

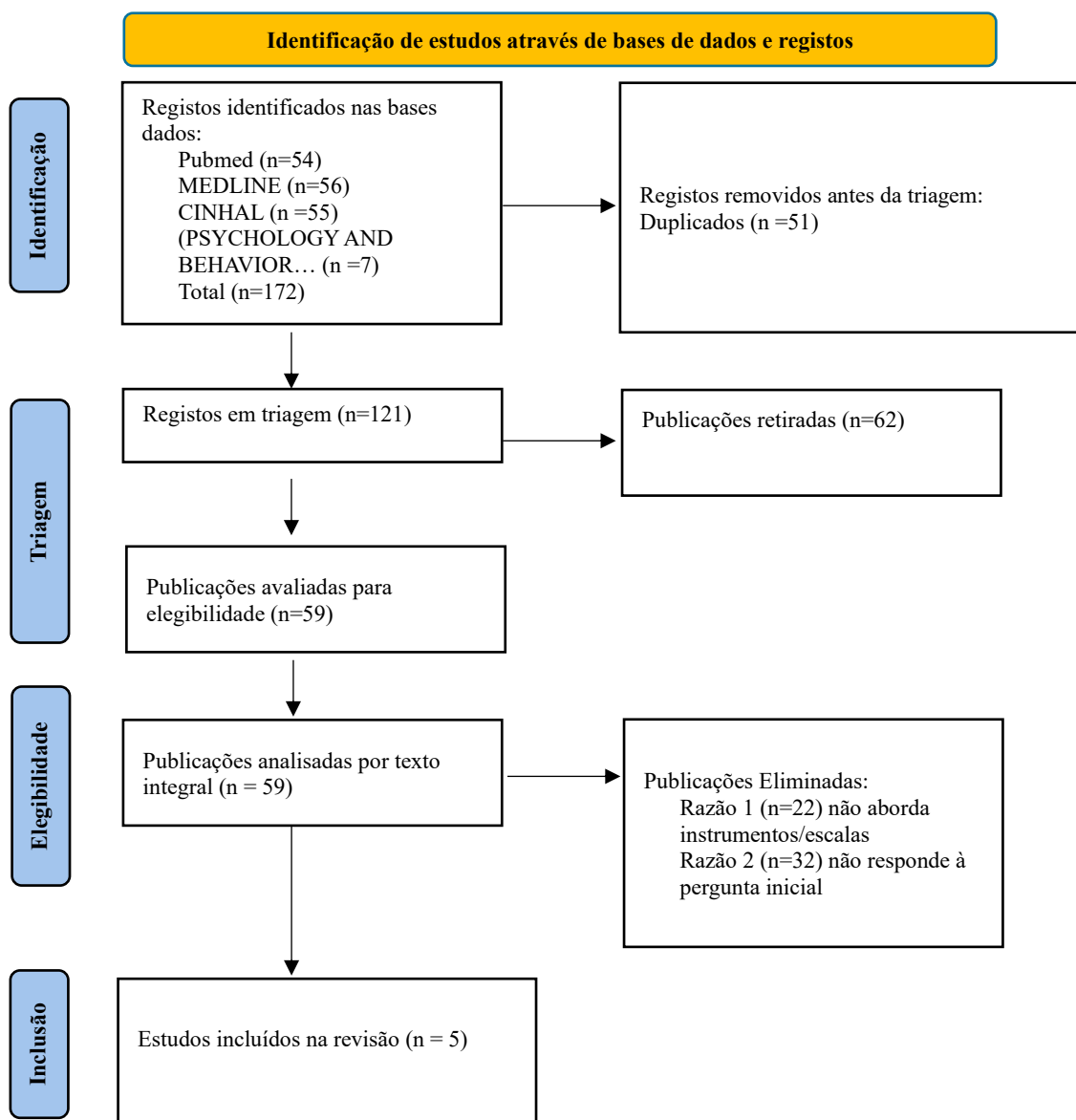


Figura 1- Fluxograma PRISMA do Processo de Seleção dos Estudos

Os cinco estudos incluídos, foram publicados entre 2016 e 2022. Dois deles foram desenvolvidos no continente norte-americano nomeadamente um nos Estados Unidos da América (Johnson et al., 2018) e um no Canadá (Barker et al., 2022). Dois deles foram no continente asiático, um deles em Taiwan (Siao et al., 2021) e o outro em Singapura (See et al., 2016). Um deles foi desenvolvido no continente europeu nomeadamente na Alemanha (Braun et al., 2020), como descrito na Tabela 2.

Tabela 2- Características dos estudos incluídos na Scoping Review

Autor	Ano	Título	Local do estudo	Tipo de estudo	Participantes	Objetivo
Braun et al	2020	Flexible endoscopic evaluation of swallowing (FEES) to determine neurological intensive care patients oral diet	Alemanha	Observacional	N =125	Analisar as diferenças de deglutição das pessoas recorrendo ao uso do endoscópio flexível (FEES) e a avaliação clínica e os resultados na alteração da dieta oral, em diferentes pessoas com e sem disfagia, relativamente à pneumonia, mortalidade, ventilação e tempo de permanência no hospital.
Siao et al	2021	Predicting feeding-tube dependence in patients following endotracheal extubation: a two-item swallowing screen	Taiwan	Experimental	123	Examinar a validade de previsão de uma escala de avaliação da deglutição de dois itens na dependência da SNG, por mais de 72 h em pessoas pós extubação endotraqueal
See et al	2016	Nurse-performed screening for postextubation dysphagia: a retrospective cohort study in critically ill medical patients	Singapura	Coorte retrospectivo	468	Investigar a segurança e efetividade da triagem realizada pelo enfermeiro na identificação da disfagia pós extubação na unidade de cuidados intensivos
Johnson et al	2018	Validation of a postextubation dysphagia screening tool for patients after prolonged endotracheal intubation	EUA	Prospetivo não experimental	66	Avaliar uma ferramenta de triagem para enfermeiros avaliarem doentes com risco de disfagia pós extubação em pessoas com intubação endotraqueal prolongada.
Barker et al	2022	The development and implementation of an evidence-based risk reduction algorithm for post extubation dysphagia in intensive care	Canadá	Coorte	174	Implementar o SAPE (Swallowing Algorithm Post-Extubation) em unidades intensivas médico-cirúrgicas com pelo menos 60% de implementação em cinco semanas.

4. Discussão dos resultados

O estudo de Braun et al. (2020), foi realizado em pessoas diagnosticadas com distúrbios neurológicos diferentes de AVC, sendo que o *Flexible endoscopic examination of swallowing* [FEES] foi executado quando havia achados patológicos como paralisia facial, disartria e disfonia, reflexo de vômito anormal, tosse persistente, no exame clínico da deglutição que era realizado por terapeutas da fala.

Achados como pneumonias recorrentes, voz molhada e tosse com a ingestão de líquidos, relatados por enfermeiros, médicos e terapeutas da fala levou à indicação de realização da avaliação clínica, para despiste da disfagia (Braun et al., 2020).

A escala de *Gugging Swallowing Screen* [GUSS] é utilizada como um instrumento de avaliação à cabeceira da pessoa que demonstra sinais de disfagia pós AVC. Esta escala está dividida em quatro sub-testes que testam a vigilância, as habilidades de tossir e engolir a saliva e as diferentes consistências dos alimentos (líquido, semissólido e sólido). Cada sub-teste poderá ter uma pontuação até cinco pontos, e a soma de todos os pontos indica a gravidade da disfagia, consoante essa pontuação é recomendada uma dieta para esta pessoa (Trapl et al., 2007). Após a aplicação de GUSS as pessoas em que se suspeitava a presença de disfagia, era recomendada a utilização do exame clínico da deglutição e da FEES como complemento ao diagnóstico (Braun et al., 2020).

O FEES é um estudo videoendoscópico de deglutição nasofaríngea, que consiste em duas etapas: a primeira em que são avaliadas estruturas anatómicas relacionadas com a deglutição; a segunda é o teste de diferentes consistências de alimentos e líquidos, com corantes de diferentes colorações de forma que se consiga distinguir qual a consistência que a pessoa não tolera levando assim a uma aspiração (Braun et al., 2020).

Com base nos achados do FEES a dieta oral apropriada foi escolhida para as pessoas, porém foram aplicados dois instrumentos que determinam a ingestão oral e a gravidade da disfagia, a *Functional Oral Intake Scale* [FOIS] e o *Fiberoptic Endoscopic Dysphagia Severity Score* [FEES], respetivamente (Braun et al., 2020).

A FOIS é uma escala de sete níveis que varia entre nenhuma ingestão oral e ingestão oral completa sem restrições, ou seja, uma restrição menor é uma mudança positiva, uma restrição maior é uma mudança negativa (Braun et al., 2020).

O FEES é uma escala de seis níveis que foi projetada para pessoas com AVC, que classifica a disfagia de sem disfagia a disfagia extrema (Braun et al., 2020).

A escala de GUSS consegue prever a disfagia em pessoas em estado crítico, pois a sua utilização ajuda a determinar qual a dieta adequada para a pessoa com disfagia, bem como o grau da seriedade da disfagia aquando da utilização de instrumentos de avaliação complementar (Braun et al., 2020).

Em pessoas com uma pontuação de GUSS igual a 20 que é o score máximo, não se verifica a necessidade de a submeter a outro tipo de avaliação. Apesar de o uso da FEES nos participantes deste estudo demonstrar-se bastante útil na medida em que permitiu avaliar a aspiração silenciosa, que o exame clínico da deglutição não conseguiu detetar (Braun et al., 2020).

No estudo de Siao et al. (2021) foram utilizados dois instrumentos na predição da dependência da sonda nasogástrica às 72 horas em pessoas com intubação endotraqueal durante 48 horas. 24 horas após a extubação endotraqueal as pessoas foram avaliadas por enfermeiros que usaram uma triagem de deglutição padronizada que consiste em estereognosia oral e reflexo de tosse.

A estereognosia oral foi testada com um conjunto de três peças de teste padronizadas em formato de quadrado, estrela e um círculo, os participantes dispunham de 30 segundos para visualizar as peças com o auxílio de um diagrama das suas formas correspondentes. De seguida a enfermeira coloca uma peça de cada vez no dorso da língua da pessoa e esta tem 10 segundos para manipular a peça na boca e outros 10 segundos para as identificar no diagrama, as pessoas que acertassem nas 3 formas eram consideradas com estereognosia intacta (Siao et al., 2021).

O reflexo de tosse foi testado com nebulização em máscara de ácido cítrico por inalação durante 15 segundos com o objetivo de perceber se o reflexo de tosse era eficaz ou não. Pessoas com reflexo de tosse presente nas duas tentativas eram consideradas com reflexo de tosse intacto (Siao et al., 2021).

As pessoas em que optaram por realizar o FEES para a comprovação do diagnóstico de disfagia que não passaram no teste acima descrito, falharam igualmente no teste com FEES, demonstrando sinais de aspiração (Siao et al., 2021).

Este estudo apresenta limitações significativas como: a ferramenta de dois itens criada para enfermeiros, é limitada pela sua precisão, pois assume que se a pessoa identificar as três formas e se tiver dois reflexos de tosse não tem disfagia; A dependência da sonda de alimentação pode refletir condições diferentes da deglutição sem ser a disfunção fisiológica da deglutição (Siao et al., 2021).

O estudo de See et al. (2016), aborda a adaptação da escala de Massey *Bedside Swallowing Screen* de forma a ser um instrumento formal para uso dos enfermeiros em pessoas internadas numa unidade de cuidados intensivos, em que apenas foram aceites pessoas que só fossem extubadas uma vez durante o internamento sem serem reintubadas e pessoas que não possuíssem um histórico de disfagia prévia a intubação. Este estudo decorreu em duas fases: a primeira em que as pessoas não tiveram qualquer avaliação por parte de enfermagem após extubação, sendo apenas pedido que bebessem água através de um copo ou de uma palhinha, considerando que as que não teriam disfagia seriam aquelas com ausência de tosse na deglutição (See et al., 2016).

Numa segunda fase, os enfermeiros aplicaram escala de Massey que consiste na avaliação do estado de alerta da pessoa, capacidade da fala, assimetria facial, língua e úvula, capacidade de tosse e deglutição da própria saliva, reflexo glossofaríngeo e por fim, capacidade de deglutição de uma colher de sopa de água seguida de 60 ml de água. Com a aplicação desta escala os enfermeiros procuraram sinais de aspiração como engasgamento ou gorgolejo. As pessoas que bebessem água sem sinais de aspiração iniciavam a sua dieta de acordo com a sua dentição (See et al., 2016).

Esta triagem era feita no dia da extubação até uma hora após extubar a pessoa. As que falhassem na primeira triagem repetiriam o teste no dia seguinte entre as 6h e as 9h, as que falhassem o segundo teste seriam testados de novo passado 24 horas e se voltassem a falhar o terceiro teste eram encaminhadas a terapeutas da fala (See et al., 2016).

Pessoas na fase II em comparação com as da fase I estavam mais doentes segundo as pontuações do *Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II* mais altas, estas teriam insuficiência cardíaca congestiva como morbilidade e como comorbilidade bronquiectasia. Mas pessoas na fase II iniciaram a sua alimentação oral mais rapidamente e desenvolveram menos pneumonias por aspiração o que demonstra o benefício da aplicação da escala de Massey por enfermeiros a estas pessoas (See et al., 2016).

Este estudo validou a segurança da escala de Massey utilizada por enfermeiros pois concluiu que houve uma diminuição da taxa de pneumonia por aspiração após a extubação e melhorou as taxas de alimentação após a alta dos cuidados intensivos, permitindo identificar quais os pacientes com maior risco de aspiração (See et al., 2016).

O estudo de Johnson et al. (2018), apresenta um instrumento de avaliação para diagnóstico da disfagia em pessoas pós intubação endotraqueal o *Post Extubation Dysphagia Screening Tool* [PEDST]. Este instrumento foi modificado por uma equipa multidisciplinar com o objetivo de o validarem para ser utilizado por enfermeiros na avaliação de pessoas com AVC que são extubadas após intubação orotraqueal prolongada, que é definida como superior a 48h.

O instrumento consiste em 5 secções de avaliações de enfermagem: Primeira secção consiste na avaliação por terapeuta da fala, se este já foi avaliado suspende a aplicação do instrumento e segue-se as instruções do terapeuta da fala; A segunda secção é o nível de alerta: se a pessoa não estiver alerta, não se deve aplicar o instrumento e deve-se consultar fisiatra e terapeuta da fala; A terceira secção é o estado respiratório: se a pessoa consegue manter-se sem ventilação não invasiva por mais de 15 minutos, se consegue manter a saturação de oxigénio sem aporte do mesmo por ventimask por mais de 15 minutos, ou se a frequência cardíaca é inferior a 30 ciclos por minuto poderá avançar, se não cumprir um destes requisitos deverá reavaliar-se a pessoa 24 horas após ou até que o estado respiratório se considere estável; A quarta secção são os sintomas e tubos: se a pessoa apresentar um dos seguintes critérios (presença de sonda nasogástrica, orogástrica, gastrostomia endoscópica percutânea, histórico de disfagia, alterações nos sons pulmonares, qualidade vocal alterada, história de traumatismo craniano ou cervical, afasia, diminuição do tom vocal, queixas na deglutição, ausência de reflexo de tosse, história de perda de peso ou desidratação, história de cirurgia ou neoplasia da cabeça e do pescoço, historia de AVC, doença de Parkinson, Esclerose múltipla e/ou Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica) deve suspender-se a avaliação e colocar-se sonda nasogástrica para a alimentação até avaliação por terapeuta da fala e do fisiatra; A quinta e ultima secção é a verificação para prosseguir com alimentação experimental: deve verificar-se se a pessoa tem dieta prescrita e iniciar o teste da deglutição (Johnson et al., 2018).

O teste da deglutição consiste na deglutição de 90 ml de água e é validado com o apoio do FEES (Johnson et al., 2018).

Neste estudo é modificada a escala inicial de forma que esta suporte os enfermeiros a avaliarem a disfagia em pessoas após a intubação endotraqueal prolongada. Nesta escala

substituíram, na secção três, a aspiração de início recente por uma avaliação do estado respiratório e a seção de tubos e sistemas para refletir os critérios relevantes especificamente para pessoas extubadas (Johnson et al., 2018).

O estudo de Barker et al. (2022), tem o propósito de guiar os enfermeiros na identificação de fatores de risco na disfagia após a extubação, através da utilização de um instrumento de avaliação *Swallowing Algorithm post extubation* (SAPE) desenvolvido por uma equipa multidisciplinar, de forma que estes decidam se encaminhavam a pessoa para os terapeutas da fala ou se iniciavam a dieta oral.

O SAPE estratifica-se em diversas etapas, na primeira etapa dividem as pessoas por tempo de intubação, pessoas com tempo de intubação menor de 48 horas prosseguem a avaliação. Enquanto pessoas com tempo de intubação superior a 48 horas ou com traqueostomias não são consideradas pelo que são referenciadas para terapeuta da fala e serão alimentados através de sonda nasogástrica até uma nova decisão (Barker et al., 2022).

Na etapa seguinte, pessoas com múltiplas intubações, edema laríngeo, acidente vascular cerebral, com diagnóstico neurológico ou neuromuscular, com história de disfagia, neoplasia da cabeça ou do pescoço e história de correção de aneurisma aórtico ou discectomia cervical anterior são igualmente encaminhadas para terapeuta da fala, alimentadas por sonda nasogástrica e reavaliadas posteriormente (Barker et al., 2022).

Na terceira etapa, pessoas que não tenham história que as predisponha a disfagia, consideradas aptas para ingestão oral, capazes de seguir comandos, que mantenham o estado de alerta por mais de dez minutos, tolerem uma fração de oxigénio inspirado <60%, que respirem sem máscara facial durante a ingestão oral, que respirem sem ventilação não invasiva, mantenham uma frequência respiratória inferior a 30 ciclos por minuto, de falar mais alto que em sussurro, de se manter sentado ereto e hemodinamicamente estável. Se cumprir todos este requisito inicia-se ingestão oral, monitorizando possíveis sinais de alerta que demonstrem intolerância à mesma (tosse ou engasgamento, gorgolejo, dessaturação ou aumento da frequência respiratória, acumulação de comida na boca, deglutição dolorosa ou sialorreia), no caso de algum destes sinais de alarme estar presente, encaminha-se para terapeuta da fala (Barker et al., 2022).

Antes da implementação do SAPE, este estudo alerta que 43% dos enfermeiros afirmaram que habitualmente triavam as pessoas para a disfagia antes de iniciarem a ingestão oral e faziam-no com a ingestão de água ou lascas de gelo procurando sinais de disfagia como tosse (Barker et al., 2022).

Após a implementação do SAPE 74% dos enfermeiros conseguem identificar riscos para a disfagia pós extubação e 64% dizem se capazes de iniciar ingestão oral após a triagem com SAPE (Barker et al., 2022).

Neste estudo a referenciação de pessoas após extubação aumentou 40% a sua referenciação para terapeutas da fala. E os enfermeiros revelam ser uma mais-valia uma vez que lhes permite despistar a disfagia sem recorrer aos habituais testes com água (Barker et al., 2022).

Este artigo para além de criar um algoritmo para avaliação da disfagia, compara a utilização de testes pré-existent com o seu algoritmo. Compara o SAPE com o PEDST, no sentido que o SAPE encaminha a pessoa para terapia da fala diretamente enquanto o PEDS necessita de um teste de deglutição de água para encaminhar a terapia da fala. Compara ainda o SAPE com o GUSS, em que a pessoa passa por uma ferramenta com 10 elementos e deve esperar 24h após a extubação para iniciar a dieta enquanto a SAPE permite a ingestão oral até duas horas após extubação (Barker et al., 2022).

Com a análise dos estudos acima referidos, constata-se que os instrumentos e as escalas de avaliação da disfagia não são uniformizados em todo o mundo, pois obtemos cinco estudos em três continentes diferentes que abordam escalas e instrumentos de avaliação diferentes, todos eles com limitações e metodologia diferente, pelo que seria importante as equipas utilizarem instrumentos e escalas de avaliação devidamente validados e protocolados.

A importância de existirem escalas e instrumentos que ajudem as equipas a detetar precocemente a disfagia nas pessoas faz com que se consiga reduzir complicações como a “desidratação, desnutrição, aspiração de secreções orais e pneumonias por aspiração” (Johnson et al., 2018).

Um ponto comum em todos os artigos é que o diagnóstico da disfagia é feito pela equipa multidisciplinar (terapeutas da fala, enfermeiros e médicos) que estão envolvidos em

todas as escalas e instrumentos, mas as escalas são testadas por enfermeiros que são estes que se encontram a cabeceira da pessoa 24 horas por dia 7 dias por semana, pelo que a triagem inicial da disfagia é realizada por este, com o objetivo de reduzir o tempo para retomar a alimentação oral e o risco de complicações que advenham da desnutrição e aspiração por disfagia.

Três dos cinco estudos encontrados testam a disfagia com a ingestão de água no seu instrumento de avaliação (Braun et al., 2020; See et al., 2016; Johnson et al., 2018). O uso da água pode acarretar algumas consequências como engasgamento e aspiração, além disso os enfermeiros reportam como sendo pouco confiáveis e seguros na sua utilização. Pelo que nos artigos que não possuem na sua escala ou instrumento de avaliação a água os enfermeiros sentem-se mais confiantes na sua realização como é o caso do artigo Barker et al. (2022), que refere que o SAPE não inclui um teste de deglutição de água, devido a pouca evidência científica de que com o uso de água seja eficaz para detetar a aspiração.

Dos estudos encontrados dois tem a utilização do FEES em comum (Braun et al., 2020; Siao et al., 2021) que utilizam o FEES como complemento ao diagnóstico da disfagia. Os estudos que utilizam o FEES demonstram ser mais invasivos, mas com menos possibilidade de complicações associadas a introdução alimentar pós extubação.

5. Conclusão

Esta scoping review permitiu mapear as escalas/instrumentos de avaliação da disfagia em pessoas com disfagia em todos os contextos da prestação de cuidados, através da investigação e publicação desta temática. Foram identificados cento e setenta e dois artigos, sendo eleitos cinco estudos, de três continentes diferentes (dois da América do Norte, um da Europa e dois Ásia). Pelo número de estudos percebe-se a necessidade de desenvolver mais pesquisa e desenvolver novos estudos de investigação nesta área.

Com a análise dos estudos, encontraram-se seis escalas/instrumentos de avaliação da disfagia utilizando metodologias diferentes, bem como número de população diferentes, e métodos de investigação diferentes. Escalas que utilizam o teste de deglutição com água, bem como uma escala que utiliza formatos de objetos diferentes permitindo a sua identificação, bem como a utilização de nebulizações para testar o reflexo de tosse.

Verificando que existem diversas formas de testar a disfagia e por sua vez chegar a um diagnóstico.

O facto deste estudo ser o primeiro estudo a ser redigido pela autora poderá ser uma limitação do estudo pela inexperiência no processo de investigação. Outra limitação poderá ser o limite temporal pois foi considerado limite de tempo de dez, mas asseguramos que este limite permite a evidencia mais atual da literatura.

6. Referencias bibliográficas

Barker, J., Davidson, M., Fan, E., Hellen, S., & Williams, T. (2022). The development and implementation of an evidence-based risk reduction algorithm for post-extubation dysphagia in intensive care. *Canadian Journal of Critical Care Nursing*, 33(1), 22–30. <https://doi.org/10.5737/23688653-3312229>

Barker, L. A., Jones, R. H., & Smith, E. (2022). Dysphagia management: Approaches to clinical assessment and intervention. *Dysphagia Therapy*, 25(1), 45-56. <https://doi.org/10.xxxx/dt.2022.25.1.45>

Braun, T., Juenemann, M., Viard, M., Meyer, M., Reuter, I., Mausbach, S., Doerr, J. M., Schirotzek, I., Prosiegel, M., Schramm, P., Kaps, M., & Tanislav, C. (2020). Flexible endoscopic evaluation of swallowing (FEES) to determine neurological intensive care patients' oral diet. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 23(1), 83–91. <https://doi.org/10.1080/17549507.2020.1744727>

Cardoso, A., et al. (2011). Avaliação não-invasiva da disfagia no AVC: Revisão sistemática. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(5), 135-143. <https://doi.org/10.12707/RIII1106>

Cichero, J. A., Murdoch, B. E., & McNeill, D. (2009). *Dysphagia: A clinical resource manual*. Thieme Publishing.

Feiteirona, J., & Grilo, E. (2023). Cuidados de enfermagem ao doente adulto/idoso com deglutição comprometida: Revisão integrativa de literatura. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*. <http://uevora.pt>

Johnson, K. L., Speirs, L., Mitchell, A., Przybyl, H., Anderson, D., Manos, B., Schaenzer, A. T., & Winchester, K. (2018). Validation of a postextubation dysphagia screening tool for patients after prolonged endotracheal intubation. *American Journal of Critical Care*, 27(2), 89–96. <https://doi.org/10.4037/ajcc2018483>

Marques, C. H. D., André, C., & Rosso, A. L. Z. de. (2008). Disfagia no AVE agudo: revisão sistemática sobre métodos de avaliação. *Acta Fisiátrica*, 15(2), 106–110. <https://doi.org/10.11606/issn.2317-0190.v15i2a102922>

Martino, R., McCulloch, T., & O'Reilly, M. (2009). The role of clinical swallowing examination and instrumental assessment in the diagnosis and management of dysphagia. *The American Journal of Speech-Language Pathology*, 18(2), 114-124. <https://doi.org/10.xxxx/ajslp.2009.18.2.114>

Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Classificação internacional para a prática de enfermagem*. <http://ordemenfermeiros.pt>

Paiva, K., Xavier, I., & Farias, N. (2013). Envelhecimento e disfagia: Uma questão de saúde pública. *Journal of Aging and Innovation*, 1(6). <http://journalofagingandinnovation.org/pt/volume1-edicao6-2012/envelhecimento-edisfagia/>

Park, Y.-H., et al. (2013). Prevalence and associated factors of dysphagia in nursing home residents. *Geriatric Nursing*, 34, 212-*. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2013.02.014>

Peters, M., Godfrey, C., McInerney, P., Munn, Z., Trico, A., & Khalil, H. (2020). Chapter 11: Scoping reviews. In *JBIM Manual for Evidence Synthesis*. <https://doi.org/10.46658/jbimes-20-12>

Pollock, D., Tricco, A. C., Peters, M. D. J., McInerney, P. A., Khalil, H., Godfrey, C. M., Alexander, L. A., & Munn, Z. (2022). Methodological quality, guidance, and tools in scoping reviews: A scoping review protocol. In *JBIM Evidence Synthesis*, 20(4). <https://doi.org/10.46658/jbimes-22-12>

Roy, N., et al. (2007). Dysphagia in the elderly: Preliminary evidence of prevalence, risk factors, and socioemotional effects. *Annals of Otolaryngology, Rhinology & Laryngology*, 116(11), 858-865. <https://doi.org/10.1177/000348940711601112>

See, K. C., Peng, S. Y., Phua, J., Sum, C. L., & Concepcion, J. (2016). Nurse-performed screening for postextubation dysphagia: a retrospective cohort study in critically ill medical patients. *Critical Care*, *20*, 1–8. <https://doi.org/10.1186/s13054-016-1507-y>

Siao, S. F., Tseng, W. H., Wang, T. G., Wei, Y. C., Hsiao, T. Y., Ku, S. C., & Chen, C. C. (2021). Predicting feeding-tube dependence in patients following endotracheal extubation: a two-item swallowing screen. *BMC Pulmonary Medicine*, *21*(1), 403. <https://doi.org/10.1186/s12890-021-01771-5>

Stone, L. (2019). Assessment scales in dysphagia: The role of clinical evaluation and intervention. *Journal of Clinical Speech Pathology*, *34*(2), 127-134. <https://doi.org/10.xxxx/jcsp.2019.34.2.127>

Trapl, M., Enderle, P., Nowotny, M., Teuschl, Y., Matz, K., Dachenhausen, A., & Brainin, M. (2007). Dysphagia bedside screening for acute-stroke patients: The Gugging Swallowing Screen. *Stroke*, *38*(11), 2948-2952. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.107.483933>

World Gastroenterology Organisation. (2014). *Disfagia: Diretrizes e cascatas mundiais*. World Gastroenterology Organisation. <http://worldgastroenterology.org>