



O Papel do Enfermeiro de Reabilitação Face ao Indivíduo com Disfagia

por Pedro Serra Pinto - Sexta-feira, Dezembro 27, 2013

<http://www.nursing.pt/o-papel-do-enfermeiro-de-reabilitacao-face-ao-individuo-com-disfagia/>

Edição nº 289 – Ano 26

Daniela Sofia Amaro Rodrigues Parreira

Licenciada em Enfermagem desde 2004, a exercer funções no serviço de medicina do Hospital do Litoral Alentejano desde 2005

e-mail: danielaparreira_82@msn.com

RESUMO

A disfagia origina várias complicações médicas, como problemas respiratórios, malnutrição, desidratação, broncoespasmo e a pneumonia de aspiração. Mais de um terço dos doentes vítimas de disfagia como sequela de Acidente Vascular Cerebral (AVC) desenvolve pneumonia de aspiração e 3,8% morre em consequência desta complicação. Não sendo de desvalorizar os problemas sociais que pode causar. Sendo que o AVC é considerado uma das principais causas de morbidade e mortalidade a nível internacional, a disfagia torna-se então uma situação merecedora de reflexão, existindo evidências de que a sua deteção precoce reduz as complicações, o tempo de hospitalização e os custos de saúde. O enfermeiro por ser o profissional que mais próximo se encontra do doente, tem um papel muito importante na identificação e tratamento deste problema. Segundo vários autores será pertinente a realização de uma história, de uma avaliação física e a utilização de meios complementares de diagnóstico. A recuperação da disfagia pode demorar dias, semanas, meses e até anos, dependendo do grau de gravidade e das capacidades físicas, neurológicas e cognitivas do doente. No treino de deglutição deverão ser incluídas terapias diretas e indiretas que são descritas neste artigo. Ao longo do mesmo fica explícito que o enfermeiro de reabilitação tem um papel de extrema importância nesta temática não só na sensibilização para o despiste da disfagia como na aplicação das várias técnicas que possam melhorar o processo de deglutição, na utilização de dispositivos compensatórios e também na supervisão e ensino de outros profissionais de saúde e cuidadores informais.

ABSTRACT

Dysphagia can cause medical complications such as respiratory problems, malnutrition, dehydration, bronchospasm e pneumonia. More than a third of patients who suffered from dysphagia as a sequel to stroke, developed aspiration pneumonia and 3.8% die as a result of this complication, not devaluing the

social problems associated. Since stroke is considered a major cause of morbidity and mortality internationally, dysphagia then becomes a situation worthy of consideration. There is evidence that early detection reduces complications, hospitalization time and costs in health. Nurses are professionals who are more time with the patient, and so play an important role in the screening and treatment of this problem. According to several authors it is important to carry out a history, a physical evaluation and use diagnostic tests. The dysphagia recovery can take days, weeks, months, even years, depending in the severity level and in the patient's physical, neurological and cognitive capabilities. In the swallowing training should be include indirect a direct therapies, witch are describe in this article. It's also point out that the rehabilitation nurse as a critically and important role in this issue, not only in raising awareness to the screening process but also in the application of a variety of techniques that may improve the swallowing process, in the use of compensation devices and in the supervision and training of other health professionals and caregivers.

INTRODUÇÃO

A disfagia define-se como uma dificuldade ou incapacidade na deglutição. Pode estar presente em vários graus e pode ir desde a dificuldade na mastigação até à completa incapacidade em deglutir sólidos e líquidos (Chin, Finocchiaro & Rosebrough, 1998). A maioria dos autores consultados considera a existência de quatro fases na sua fisiologia. A fase oral preparatória, a fase oral, a fase faríngea e a fase esofágica, que se vão modificando durante o desenvolvimento do indivíduo (Hoeman, 1996; Chin et al, 1998; Hamond, 2008). Hoeman refere ainda que a deglutição requer uma vasta inervação, que envolve seis pares cranianos (V, VII, IX, X, XI e XII), os três primeiros pares de nervos cervicais e o próprio cérebro, já que o centro cortical da deglutição situa-se no córtex pré-frontal e o centro medular da deglutição encontra-se no tronco cerebral. Desta forma os compromissos neuromusculares podem afetar gravemente este processo.

A disfagia origina várias complicações médicas, como problemas respiratórios, malnutrição, desidratação, broncospasmo e obstrução da via aérea (Hammond, 2008). Segundo Faria (1998), a disfagia é uma das complicações mais usuais no Acidente Vascular Cerebral, mais de 45% de valores de incidência cumulativa às 48 horas. O mesmo autor refere ainda mais complicações decorrentes da disfagia. As pneumonias de aspiração, o medo e/ou receio de comer ou beber, a diminuição da perfusão cerebral, insuficiência renal, aumento do tempo de hospitalização e uso dos serviços de saúde e por último a morte. Nos Estados Unidos da América, a pneumonia de aspiração é o tipo mais comum de pneumonia nosocomial nos adultos. Esta ocorre em quatro a oito de 1000 doentes admitidos no hospital e a mortalidade varia entre os 20% e os 65%. Mais de um terço dos doentes vítimas de disfagia como sequela de AVC adquire pneumonia de aspiração e 3,8% morre em consequência desta complicação (Hammond, 2008). Martino et al.(2008) referem que a disfagia está presente em aproximadamente 55% de todos pacientes internados no hospital com diagnóstico de AVC agudo, daí a importância do despiste da mesma em todos os doentes vítimas dessa doença. Existem evidências de que a sua deteção precoce reduz as complicações, o tempo de hospitalização e os custos de saúde (Martino et al., 2005).

Assim delineou-se como objetivo deste artigo uma revisão da literatura no sentido de identificar qual o papel do enfermeiro especialista em reabilitação junto de indivíduos com disfagia, vítimas e/ou com sequela de AVC.

Para a realização deste artigo foi efetuada uma pesquisa bibliográfica na biblioteca da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, foi efetuada pesquisa informática de artigos de revistas da área da saúde na base de dados da mesma biblioteca e por último foi realizada pesquisa na biblioteca de conhecimento online utilizando as palavras-chave “dysphagia”, “screening”, “treatment”, “rehabilitation nursing” e

“rehabilitation”.

DESENVOLVIMENTO

A realização de uma avaliação de enfermagem será pertinente no sentido de compreender o padrão de ingestão de cada indivíduo e de identificar eventuais défices. DeLisa (1988), Hoeman (1996) e Saleh (2001) referem todos a importância da realização de uma história, de uma avaliação física e a utilização de meios complementares de diagnóstico no despiste da disfagia.

História

Segundo Hoeman (1996) o objetivo de uma história de enfermagem será determinar o padrão de ingestão atual e os padrões anteriores à doença, descrever as dificuldades sentidas atualmente, estabelecer parâmetros a utilizar na avaliação física e avaliar necessidades de ensino. Será importante incluir nesta história o prestador de cuidados informal. Assim informação sobre o tipo de comida que normalmente ingere e como a ingere (se já tem alguma dificuldade e se usa algum dispositivo compensatório) terá interesse. A medicação usual também é um dado importante, principalmente se apresentar efeitos secundários que possam contribuir para a disfagia como, fraqueza muscular, secura, mucosas secas, desorientação ou discinesia (DeLisa, 1988). Segundo o mesmo autor, na segunda parte da história pretende-se avaliar a aptidão do doente para deglutir os alimentos de forma eficaz. Sinais e sintomas como dor ao deglutir, sensação de que os alimentos se “enrolam” na boca, dificuldade em deglutir alimentos sólidos, pastosos ou líquidos, regurgitação de alimentos pelo nariz, sensação de asfixia ou tosse quando come devem ser anotados.

Avaliação física

Perguntar ao doente se este tem sentido dificuldades na deglutição é importante mas não é suficiente. Existe uma tendência para o doente não reportar o problema ou para o subestimar, portanto é necessária a realização de uma observação sistemática (Westergren, 2006).

Segundo Hoeman (1996) a observação física deve-se iniciar com a observação da cabeça e pescoço. É necessário avaliar o controlo que o doente tem da sua cabeça na posição sentado, avaliar a simetria facial, observar os lábios e mucosa oral tendo em atenção a sua cor, simetria e grau de humidade, observar se o doente saliva indicando falta de controlo oral dos líquidos, pedir ao doente para fechar e abrir a boca observando a simetria, observar número e estado dos dentes ou ajustamento da prótese dentária, realizar testes para os diferentes pares cranianos envolvidos e estar atento a alterações na voz.

Durante a pesquisa vários autores referiram a utilização de escalas para despiste de doentes com dificuldade na deglutição e para classificação do grau de disfagia. Shanley e O’Loughlin (2000) mencionam três escalas que poderão ser utilizadas por enfermeiros. A “Prefeeding Assessment Checklist” utilizada quando existe suspeita de dificuldade na deglutição antes da administração de comida, a “Swallowing Assessment Checklist” para pesquisar a capacidade do doente enquanto se alimenta, a “Swallowing Management Index” um documento de 10 páginas que enumera potenciais problemas na deglutição ou alimentação e as estratégias que poderão ser utilizadas na resolução desses problemas. Westergren (2006) menciona a utilização da escala “Standardized Bedside Swallowing Assessment”, desenvolvida inicialmente por David G. Smithard e Rosemary Wyatt. Este autor refere no seu estudo que a utilização desta escala é eficaz (principalmente quando utilizada por enfermeiros) na redução do tempo para identificar o problema, na redução do tempo de alimentação entérica e na redução da incidência de infeções respiratórias. Furkim e Sacco (2008) utilizaram a escala funcional de ingestão por via oral, a “FOIS – Functional Oral Intake Scale”, que gradua em sete níveis específicos a quantidade de ingestão

por via oral. O'Neil, Purdy, Falk e Gallo (1999) utilizaram no seu estudo a "Dysphagia Outcome and Severity Scale" (DOSS) que consiste também numa escala fácil de utilizar com sete pontos que faz recomendações para o tipo de dieta e o nível de independência. Não foram encontradas escolas adaptadas a Portugal para despiste de sinais de disfagia.

Num estudo de Martino, Pron e Diamant (2000) concluiu-se que os dois testes com potencial para serem mais exatos na deteção da disfagia são o teste dos 50 ml de água e o teste da redução da sensação na faringe. O primeiro consiste em administrar os 50 ml de água ao doente em pequenas porções de 5ml e estar atento a sinais de dificuldade de deglutição como a tosse ou a voz "encharcada". O segundo teste realiza-se colocando a ponta de uma espátula em ambos os lados da parede da faringe e detetando se existe ou não sensibilidade nessa zona.

Existem estudos sobre a utilização da oximetria periférica em conjunto com a deglutição de água no despiste da disfagia, método este especialmente útil no despiste da disfagia silenciosa (aspiração de alimentos ou líquidos sem sinais como a tosse ou a voz "encharcada" depois da deglutição). É um método não invasivo, de fácil utilização e uma desaturação mais de 2% pode estar relacionada com aspiração (Westergren, 2006).

Exames complementares de diagnóstico

Após a deteção de uma dificuldade na deglutição existem procedimentos instrumentais, normalmente mais invasivos, realizados por técnicos especializados, que nos podem dar mais informações sobre o problema. Um dos testes mais referenciados e um dos melhores métodos para a deteção de anomalias é a videofluoroscopia. Martino et al. (2005), explicam que este consiste em colocar o doente sentado e administrar-lhe líquidos e alimentos de várias texturas com material de contraste. Desta forma consegue-se observar a fisiologia da deglutição em todas as suas fases. A manometria é um procedimento utilizado para obter informações sobre o padrão peristáltico da faringe e do esófago. O doente deglute uma sonda sensível à pressão, que mede as variações da mesma à medida que progride (Hoeman, 1996). A endoscopia flexível para avaliação da deglutição é uma técnica que consiste em fornecer ao doente uma refeição composta por alimentos de consistência variada, observando-se o progresso durante a deglutição da mesma (Saleh, 2001).

Tratamento

O principal objetivo do tratamento da disfagia é nutrir e hidratar o doente de forma adequada. A melhor e mais funcional forma de o fazer é através da alimentação oral. Se tal não for possível, existe a possibilidade de implementar alimentação entérica (sonda nasogastrica ou gastrostomia) como uma alternativa mais segura e mais agradável para o doente, até que este recupere. A recuperação da disfagia pode demorar dias, semanas, meses e até anos, dependendo do grau de gravidade e das capacidades físicas, neurológicas e cognitivas do doente (Chin et al., 1998).

Existem vários métodos de tratamento da disfagia como, o fortalecimento muscular, manobras compensatórias, estimulação neuromuscular. Existem também estudos de investigação sobre agentes farmacológicos envolvidos no metabolismo da dopamina que podem melhorar a deglutição e o reflexo da tosse nos idosos (Hammond, 2008).

Durante a pesquisa bibliográfica foi encontrado um estudo sobre a utilização de estimulação elétrica neuromuscular na terapia da disfagia (Crary, Carnaby-Man & Faunce, 2007). A estimulação elétrica transcutânea neuromuscular é uma nova vertente no tratamento da disfagia que tem como conceito a melhoria da função muscular durante a deglutição, utilizando a estimulação elétrica juntamente com exercícios. Neste estudo é referido que os utilizadores desta terapia reportam na sua maioria resultados positivos sem complicações durante o tratamento, após aproximadamente 10 a 20 sessões. Assim é

referida uma melhoria na dieta oral e uma redução da aspiração de alimentos.

Lin, Wang, Chen, Wang, Chen e Wu (2003) no seu estudo consideram que num protocolo de treino de deglutição deverão ser incluídas terapias diretas e indiretas. As terapias diretas abrangem as estratégias compensatórias como alteração da dieta, organização do ambiente, posicionamento do doente, utilização da manobra de Mendelsohn e da deglutição supraglótica. As terapias indiretas incluem manobras e exercícios físicos e estimulação térmica.

Intervenções do enfermeiro de reabilitação

O enfermeiro de reabilitação tem um papel de extrema importância nesta temática não só na sensibilização para o despiste da disfagia como na aplicação das várias técnicas que possam melhorar o processo de deglutição e também na supervisão e ensino de outros profissionais de saúde e cuidadores informais. A reabilitação destes doentes é fundamental porque foi provado que a neuroplasticidade cerebral pode ter um papel muito importante na recuperação da deglutição desde que seja devidamente estimulada através de uma reabilitação intensiva (Barrit & Smithard, 2009).

O enfermeiro de reabilitação deverá aplicar e ensinar medidas, como o correto posicionamento do doente, sentado com as costas direitas e a cabeça ligeiramente fletida (impede que os alimentos atinjam a parede posterior da faringe antes de se desencadear o reflexo de deglutição), mostrar disponibilidade e tempo para alimentar o doente transmitindo-lhe segurança, controlar a posição da cabeça do doente, não a deixando cair para a frente, correta colocação dos alimentos na boca do doente, oferecendo pequenas quantidades de alimentos fáceis de deglutir colocando-os no lado não afetado, empurrar a língua para baixo à medida que se esvazia a colher, ensinar o doente a mover os alimentos circularmente e empurrá-los para o fundo da boca, utilização de manobras para facilitar a deglutição (por exemplo pressionar o topo da cabeça do doente com a palma da mão de forma a diminuir a tensão faríngea), confirmar que os lábios estão fechados, se for necessário fecha-los manualmente controlando a mandíbula do doente, se a deglutição falhar colocar o polegar no queixo do doente puxando-o de encontro ao esterno (Hoeman, 1996). Esta autora salienta ainda a utilização de três técnicas para o treino da deglutição. A estimulação térmica, utilizando uma espelho laríngeo arrefecido com gelo, tocando com este nos lados da boca e pedindo ao utente para deglutir. A deglutição supraglótica em que se pede ao utente para inspirar, suste a respiração e deglutir e em seguida tossir. A manobra de Mendelson em que se instrui o doente a por a mão sobre a laringe, a deglutir e a sentir a laringe atingir a sua posição mais elevada e depois de deglutir deixa a laringe regressar à posição normal.

No caso dos líquidos existem técnicas específicas que podem ser adotadas (espessantes, copo para disfagia, líquidos carbonados) pois estes são mais difíceis de deglutir já que necessitam de uma boa coordenação dos movimentos da língua para os moldarem num “bolo”. A técnica da seringa só deve ser considerada a curto prazo e não como uma solução permanente, a utilização de “palhinha” requer bastante coordenação muscular, pelo que nestes doentes também não é a melhor solução. Deve-se ponderar a utilização de espessantes e evitar leite e derivados que tendem a formar secreções viscosas e de difícil remoção (Hoeman, 1996).

Os efeitos sociais deste flagelo também não podem ser negligenciados. Num estudo de Perry e Mc Laren (2002) sobre as dificuldades em comer após o AVC, foi descrito que existia uma grande valorização da capacidade de gerir de forma independente a refeição, bem como da manutenção da limpeza. O enfermeiro de reabilitação deverá estar atento a esta situação pois pode ser facilitadora de uma deterioração social e psicológica, levando muitas vezes a que os indivíduos recusem a alimentação em público, tenham medo de deglutirem, percam a alegria em se alimentarem, podendo potenciar a depressão.

CONCLUSÃO

Após a realização deste trabalho tornou-se evidente que a ingestão e a deglutição são processos essenciais à sobrevivência dos indivíduos, sendo que também desempenham um papel social importante. A disfagia pode ter consequências graves e pode ser responsável por pneumonias de aspiração que ainda têm um peso importante no internamento e morte de indivíduos vítimas de AVC. O enfermeiro por ser o profissional que mais próximo se encontra do doente durante a prestação de cuidados, tem um papel muito importante na identificação e tratamento deste problema. Podem mesmo ser os primeiros profissionais a detetar a existência de uma alteração e são os que mais capacidade têm de envolver outros profissionais da equipe multidisciplinar sem esquecer de envolver nessa equipa o doente e a sua família. Assim a realização de uma avaliação de enfermagem será importante no sentido de compreender o padrão de ingestão de cada indivíduo e despistar alterações. Segundo vários autores será pertinente a realização de uma história, de uma avaliação física e a utilização de meios complementares de diagnóstico. Também foi reconhecida a importância da aplicação de escalas no despiste de doentes com disfagia, apesar de não ter sido encontrada nenhuma escala adaptada a Portugal para o despiste da mesma, apenas para determinação do seu grau de severidade. Seria importante a realização de futuros estudos nesta área. O teste da administração de 50ml de água e o teste da redução de sensação na laringe foram mencionados como bastante exatos na determinação da existência de disfagia. Existem também estudos sobre a utilização da oximetria periférica em conjunto com a deglutição de água no despiste da disfagia, método este particularmente útil no despiste da disfagia silenciosa. Quando se determina a presença de uma dificuldade na deglutição existem procedimentos instrumentais que nos podem dar mais informações sobre o problema. A manometria, a endoscopia flexível e a videofluoroscopia que é um dos métodos mais exatos e referidos nos estudos pesquisados. A recuperação da disfagia pode demorar dias, semanas, meses e até anos, dependendo do grau de gravidade e das capacidades físicas, neurológicas e cognitivas do doente. No treino de deglutição deverão ser incluídas terapias diretas e indiretas. As terapias diretas abrangem as estratégias compensatórias como alteração da dieta, organização do ambiente, posicionamento do doente, utilização da manobra de Mendelson, da deglutição supraglótica, entre muitas outras. As terapias indiretas incluem manobras, exercícios físicos e estimulação térmica. Ao longo do trabalho fica explícito que o enfermeiro de reabilitação tem um papel de extrema importância nesta temática não só na sensibilização para o despiste da disfagia como na aplicação das várias técnicas que possam melhorar o processo de deglutição, na utilização de dispositivos compensatórios e também na supervisão e ensino de outros profissionais de saúde e cuidadores informais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barrit, A. W. & Smithard, D. G. (2009). Role of Cerebral Cortex Plasticity in the Recovery of Swallowing Function Following Dysphagic Stroke. *Dysphagia*, 24, 83-90.
- Chin, P.A., Finocchiaro, D. & Rosebrough, A. (1998). *Rehabilitation Nursing Practice*. New York: McGraw-Hill.
- Crary, M.A., Carnaby-Mann, G. D. & Faunce, A. (2007). Electrical stimulation therapy for dysphasia: descriptive results of two surveys. *Dysphasia*, 22, 165-173.
- DeLisa, Joel A. (1988). *Medicina de Reabilitação – Princípios e Prática* (volume I). São Paulo, Brasil: Editora Manole LTDA.
- Faria, M.C., (1998). Disfagia no doente com acidente vascular cerebral. *Geriatrics*, 11(110), 13-15.
- Furkim, A.M. & Sacco, A.B.F. (2008). Eficácia da fonoterapia em disfagia neurogênica usando a escala funcional de ingestão por via oral (FOIS) como marcador. *Revista CEFAC*, 10(4),503-512.

- Hammond, C.S.(2008). Cough and aspiration of food and liquids due to oral pharyngeal dysphasia. In Lung, disponível on-line em: <http://springerlink.com/content/q738u22468575680/>
- Hoeman, S.P.(1996). *Enfermagem de Reabilitação* (2 Ed.). Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Kayser-Jones, J., (1999). Dysphagia Among Nursing Home Residents. *Geriatric Nursing*, 20(2), 77-82.
- Lin, L.C., Wang, S.C., Chen, S.H., Wang, T.G., Chen, M.Y. & Wu, S.C. (2003). Efficacy of swallowing training for residents following stroke. *Journal of Advanced Nursing*, 44(5), 469-478.
- Martino, R., Foley, N., Bhogal, S., Diamant, N., Speechley, M. & Teasell, R. (2005). Dysphagia after stroke: incidence, diagnosis, and pulmonary complications. *Stroke*, 36, 2756-2763.
- Martino, R., Prata, F., Teasell, R., Bayley, M., Nicholson, G., Streiner, D. L., Diamant, N. (2008). Desenvolvimento e validação de uma ferramenta de despiste de disfagia para vítimas de AVC. Disponível on-line em: <http://stroke.ahajournals.org/cgi/content/full/40/2/555#FIG1510370>
- Martino, R., Pron, G. & Diamant, N. (2000). Screening for oropharyngeal dysphagia in stroke: insufficient evidence for guidelines. *Dysphagia*, 15, 19-30.
- O' Loughlin, G. & Shanley, C. (1998). Swallowing Problems in the Nursing Home: A Novel Training Response. *Dysphagia*, 13, 172-183.
- O'Neil, K. H., Purdy, M., Falk, J., Gallo, L. (1999). The Dysphagia Outcome and Severity Scale. *Dysphagia*, 14, 139-145.
- Perry, L. & Mc Laren, S. (2002). Eating difficulties after stroke. *Journal of Advanced Nursing*, 43(4), 360-369.
- Perry, L. & Mc Laren, S. (2003). Implementing evidence- based guidelines for nutrition support in acute stroke. *Evidence-Based Nursing*, 6, 68-71. Disponível em: <http://www.ebn.bmj.com>.
- Saleh, H. A. (2001). Disfagia. *Update*, 148(13), 62-66.
- Shanley, C. & O'Loughlin, G. (2000). Dysphagia among nursing home residents: an assessment and management protocol. *Journal of Gerontological Nursing*, 26(8), 35-48.
- Westergren, A. (2006). Detection of eating difficulties after stroke: a systematic review. *International Nursing Review*, 53, 143-149.
- Yen, P. K.(1998). Dysphagia diet update. *Geriatric Nursing*, 19(4), 243,244.

Obrigado por ler a [Nursing](#).