

Intervenções de reabilitação para a pessoa com disfagia pós-extubação: Um consenso de peritos.

Frederico José Carneiro Brandão

**Dissertação apresentada à Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de
Bragança para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem de Reabilitação**

Orientação Científica:
Professor Doutor André Filipe Morais Pinto Novo
Professora Doutora Isabel de Jesus Oliveira

Bragança, setembro de 2025



Brandão, F.J.C. (2025). Intervenções de reabilitação para a pessoa com disfagia pós-extubação: Um consenso de peritos. [Master's thesis, Escola Superior de Saúde. Instituto Politécnico de Bragança].

Agradecimentos

Com o fim desta etapa, que representa uma conquista pessoal e profissional, tenho de reconhecer humildemente, que a mesma, não era possível sem colaboração e ajuda de algumas pessoas. Assim quero expressar a minha profunda gratidão a todos aqueles que de alguma forma ou outra, contribuíram para o sucesso deste empreendimento.

Em primeiro lugar quero agradecer aos meus orientadores, Prof. Doutor André Novo e Prof.^a Doutora Isabel Oliveira, pela orientação, paciência e valiosas exortações que ao longo do trabalho permitiram com a sua experiência e disponibilidade a concretização deste projeto.

À minha amada companheira de viagem, Renata Meireles e aos meus amados filhos Leonor, Francisco e Beatriz, um agradecimento especial pelo suporte incondicional, amor e palavras de encorajamento nos momentos mais difíceis. Sem a vossa presença e apoio nunca teria alcançado esta vitória.

Às minhas amigas, Sandra Couto e Susana Costa, obrigado pela partilha de experiências, ideias e momentos de descontração que tornaram esta jornada mais leve e inspiradora.

Finalmente, estendo a minha gratidão a todos os professores e funcionários do Instituto Politécnico de Bragança - Escola Superior de Saúde que, com a sua dedicação, contribuíram para o meu desenvolvimento académico e pessoal.

A todos, o meu sincero obrigado.

RESUMO

Enquadramento: A disfagia, ou deglutição comprometida, é uma condição comum em pessoas submetidas a ventilação mecânica invasiva, com uma incidência estimada de 41%. Esta situação clínica, origina um conjunto de complicações com impacto negativo na qualidade de vida da pessoa, pelo que, a implementação de programas de reabilitação específicos para a disfagia em pessoas pós-extubação, são primordiais para garantir o sucesso da sua recuperação.

Objetivo: Este trabalho teve como objetivo validar, através de um painel de peritos, um conjunto de intervenções para a reabilitação da pessoa com disfagia pós-extubação.

Métodos: A metodologia adotada para o processo de validação foi o método de Delphi modificado, em três rondas, com uma amostra heterogénea e representativa da realidade nacional. Critérios a priori: consenso $\geq 75\%$ de concordância; análise mista (estatística descritiva e análise de conteúdo); priorização final por aplicabilidade clínica.

Resultados: Foram validadas treze intervenções e a sua respetiva hierarquização para a prática clínica, com priorização máxima para o rastreio sistemático da disfagia a partir de 1 hora pós-extubação, quando clinicamente seguro e a avaliação clínica obrigatória, perante rastreio positivo, complementando-se com avaliação instrumental sempre que a avaliação fosse inconclusiva. Realçou-se a importância da adoção de estratégias compensatórias e programas de reabilitação individualizados que possam incluir exercícios de fortalecimento e/ou reabilitação respiratória, exercícios vocais, estimulação sensorial, terapia orofacial e mobilidade cervical. É recomendado o uso prudente da neuroestimulação e a telerreabilitação foi apontada como instrumento em evolução de garantia da continuidade de cuidados e capacitação da família e/ou cuidadores informais.

Conclusão: Os resultados dão continuidade ao trabalho desenvolvido na identificação das intervenções de reabilitação para a pessoa com disfagia pós-extubação, criando uma base consensual que possa, numa etapa futura, ser testada em contexto clínico quanto à sua eficácia e segurança.

Palavras-chave: Transtornos da deglutição; Unidades de Terapia Intensiva; Técnica Delphi; Enfermagem em reabilitação; Ventilação Mecânica.

ABSTRACT

Background: Dysphagia, or compromised swallowing, is a common condition among individuals undergoing invasive mechanical ventilation, with an estimated incidence of 41%. This clinical condition leads to a range of complications that negatively impact quality of life. Therefore, the implementation of targeted rehabilitation programs for dysphagia in post-extubation patients is essential to ensure successful recovery.

Objective: This study aimed to validate, through a panel of experts, a set of interventions for the rehabilitation of patients with post-extubation dysphagia.

Methods: A modified Delphi method was adopted for the validation process, carried out over three rounds with a heterogeneous sample representative of national clinical practice. A priori criteria included: $\geq 75\%$ agreement for consensus; mixed-method analysis (descriptive statistics and content analysis); and final prioritization based on clinical applicability.

Results: Thirteen interventions were validated and hierarchized for clinical practice. Systematic dysphagia screening starting one hour after extubation, when clinically safe, was given the highest priority. Positive screening required mandatory clinical assessment, complemented by instrumental evaluation when the clinical assessment was inconclusive. Emphasis was placed on the importance of adopting compensatory strategies and individualized rehabilitation programs, which may include strengthening and/or respiratory rehabilitation exercises, vocal exercises, sensory stimulation, orofacial therapy, and cervical mobility training. Cautious use of neurostimulation was recommended, and telerehabilitation was identified as an emerging tool to ensure continuity of care and to support the empowerment of families and informal caregivers.

Conclusion: The findings build upon previous work identifying rehabilitation interventions for patients with post-extubation dysphagia, establishing a consensus-based foundation that may be tested in future clinical settings for its effectiveness and safety.

Keywords: Swallowing disorders; Intensive Care Units; Delphi technique; Rehabilitation nursing; Mechanical ventilation.

SIGLAS

AVC – Acidente Vascular Cerebral

BPC/ICH – Boas Práticas Clínicas / International Council for Harmonisation

CDPE – Compromisso na Deglutição Pós-Extubação

CREDES – Conducting and Reporting of Delphi Studies

DCPE – Deglutição Comprometida Pós-Extubação

DPE – Disfagia Pós-Extubação

EEER – Enfermeiro(a) Especialista em Enfermagem de Reabilitação

FEES – Fibroendoscopia da Deglutição

GUSS – Gugging Swallowing Screen

GUSS-ICU – Gugging Swallowing Screen for Intensive Care Units

ICNP – International Classification for Nursing Practice

JBI – Joanna Briggs Institute

OE – Ordem dos Enfermeiros

PDSA – Plan-Do-Study-Act

RGPD – Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados

TCE – Traumatismo Cranioencefálico

UCI – Unidade(s) de Cuidados Intensivos

UE – União Europeia

VFSS – Videofluoroscopia da Deglutição

VMI – Ventilação Mecânica Invasiva

ÍNDICE

1.	ENQUADRAMENTO TEÓRICO	13
1.1.	ANATOMOFISIOLOGIA DA DEGLUTIÇÃO.....	13
1.2.	COMPROMISSO NA DEGLUTIÇÃO PÓS-EXTUBAÇÃO: DEFINIÇÃO E CAUSAS	17
1.3.	CONSEQUÊNCIAS DA DEGLUTIÇÃO COMPROMETIDA PÓS-EXTUBAÇÃO..	20
1.4.	IMPORTÂNCIA DO RASTREIO, AVALIAÇÃO CLÍNICA E AVALIAÇÃO INSTRUMENTAL NA DEGLUTIÇÃO COMPROMETIDA	21
1.5.	REABILITAÇÃO DA PESSOA COM DEGLUTIÇÃO COMPROMETIDA PÓS-EXTUBAÇÃO	24
1.6.	INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA REABILITAÇÃO DA PESSOA COM DEGLUTIÇÃO COMPROMETIDA PÓS-EXTUBAÇÃO	28
2.	METODOLOGIA	32
2.1.	TIPO DE ESTUDO E OBJETIVO.....	32
2.2.	MÉTODO DELPHI: DEFINIÇÃO, HISTÓRICO E APLICAÇÕES.....	32
2.3.	POPULAÇÃO E AMOSTRA	43
2.4.	PROCEDIMENTOS DE RECOLHA DE DADOS E VARIÁVEIS EM ESTUDO.....	44
2.4.1.	Primeira e segunda Ronda.....	46
2.4.2.	Terceira e última ronda	46
2.5.	ANÁLISE DOS DADOS	47
2.6.	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS E DEONTOLÓGICAS	47
3.	RESULTADOS.....	49
3.1.	CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA DE PERITOS.....	49
3.2.	PRIMEIRA RONDA.....	50
3.3.	SEGUNDA RONDA.....	53
3.4.	TERCEIRA (E ÚLTIMA) RONDA.....	55
3.5.	APRESENTAÇÃO DOS PRINCIPAIS ACHADOS.....	57
4.	DISCUSSÃO	60
4.1.	LIMITAÇÕES DO ESTUDO E SUGESTÕES PARA INVESTIGAÇÃO FUTURA ..	63
4.2.	CONTRIBUTOS DESTE ESTUDO PARA A PRÁTICA PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO.....	63
4.3.	SUGESTÕES PARA INVESTIGAÇÃO FUTURA	64
5.	CONCLUSÃO	65
6.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	66

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Fases da deglutição, retirado e adaptado de Zuercher et al. (2019).....	15
Figura 2 - Esquema do processo de deglutição e fatores predisponentes de disfagia na pessoa em situação crítica em UCI, adaptado e traduzido de Zuercher et al. (2019)	20
Figura 3 - Processo de implementação do método de Delphi, adaptado de Marques & Freitas (2018).....	35
Figura 4 - Avaliação da qualidade dos estudos Delphi, adaptado de Fernandes & Magalhães (2024).....	42

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Intervenções na abordagem à DCPE, adaptado de Oliveira (2024).....	25
Quadro 2 - Critérios metodológicos chave para estudos Delphi, traduzido e adaptado de Diamond et al. (2014)	39

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Dados demográficos dos Peritos	49
Tabela 2 - Resultado estatístico por questão da 1º Ronda.....	50
Tabela 3 - Principais comentários / sugestões da 1ª ronda.....	51
Tabela 4 - Resultado estatístico por questão da 2º Ronda.....	53
Tabela 5 - Principais comentários / sugestões da 2ª ronda.....	54
Tabela 6 - Lista de afirmações finais	56
Tabela 7 - Validação das afirmações finais.....	57
Tabela 8 - Grau de prioridade para implementação prática de cada afirmação	57
Tabela 9 - Priorização das afirmações finais.....	59

INTRODUÇÃO

Com o desenvolvimento tecnológico e o aumento da capacidade de resposta das unidades de saúde às doenças e disfunções multiorgânicas, doenças previamente consideradas mortais, tornaram-se gradualmente recuperáveis ou de tratamento preventivo (Atella & Kopinska, 2018). Este aumento foi também notório no número de doentes críticos sob ventilação mecânica invasiva (VMI), que aumentaram exponencialmente nas últimas décadas (Sassi et al., 2018), nomeadamente durante a fase COVID-19, tendo existido a necessidade de aumentar drasticamente o número de camas em Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), face à situação pandémica (Printza et al., 2021).

Com este aumento de doentes críticos em UCI, aumentou o número de doentes sob VMI (Printza et al., 2021), e com eles as consequências associadas a esta técnica, nomeadamente ao nível da deglutição comprometida.

Estudos recentes, demonstram que a incidência da deglutição comprometida pós-extubação (DCPE) em doentes críticos adultos é de 41% e destes, 36% aspira de forma silenciosa (McIntyre et al., 2021), o que se traduz em termos mundiais num total de 12,4 milhões de pessoas com compromisso da deglutição pós-extubação (CDPE) (McIntyre et al., 2021), com elevadíssimos custos para os sistemas de saúde (Atella & Kopinska, 2018).

Urge assim, desenvolver programas de reabilitação devidamente validados, que promovam a recuperação da função, a prevenção de complicações, traduzindo-se em ganhos em saúde para estes doentes. A *scoping review* que desenvolveu e antecedeu esta investigação teve como principal objetivo mapear, de forma abrangente, as intervenções descritas na literatura científica para a reabilitação da disfagia pós-extubação (DPE), conforme os pressupostos metodológicos do *Joanna Briggs Institute* (JBI). Este tipo de revisão não visa avaliar a eficácia das intervenções nem gerar recomendações clínicas diretas, mas sim identificar lacunas no conhecimento e orientar futuras investigações.

Assim, os resultados obtidos na revisão não constituem, por si só, uma base para uma prática clínica baseada em evidência, mas fornecem uma síntese inicial que pode ser utilizada para desenvolver e estruturar propostas de investigação subsequentes. Nesse sentido, este estudo propôs-se a validar, através de um painel de peritos, um conjunto de intervenções para a reabilitação da pessoa com DPE, visando criar uma base consensual

que possa, numa etapa futura, ser testada em contexto clínico quanto à sua eficácia e segurança.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Este capítulo define as bases que sustentam o presente estudo, nomeadamente a clarificação da terminologia operacional e do quadro teórico que orienta as decisões clínicas e de investigação. Alinha o objeto de estudo com a prática clínica e conhecimento científico através da identificação de elementos que ligam a “evidência” pessoal ao contexto real das UCI. Um painel de peritos robusto, heterogéneo e interdisciplinar, com especial ligação às competências do Enfermeiro(a) Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER). Assim, delimitam-se conceitos, variáveis, relações essenciais e justificam-se opções metodológicas.

No plano conceptual, o estudo sustenta-se em dois modelos conceptuais de enfermagem fundamentais, a teoria das transições de Meleis (2010) e o modelo de adaptação de Roy et al. (2009). Estas diferentes visões serão usadas como lentes para organizar as ações e os resultados a monitorizar, mantendo o foco na pessoa/ doente/ família/ cuidadores informais e na sua transição/ adaptação.

Em coerência com o enquadramento nacional, são ainda retomadas as linhas regulamentares da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2019), assegurando que o percurso proposto é clinicamente aplicável e normativamente consistente.

1.1. ANATOMOFISIOLOGIA DA DEGLUTIÇÃO

O processo de deglutição, é um dos atos fisiológicos mais importantes e fundamentais do ser humano. Sendo realizado de uma forma quase inconsciente (Troll, 2022), é um processo vital e sofisticado que assegura não só o aporte nutricional e hídrico, como também a proteção ativa da via aérea (Panara et al., 2023), uma vez que, quer a respiração quer a deglutição partilham partes das estruturas envolvidas em ambos os processos.

Apesar de aparentemente simples, é um processo altamente complexo e coordenado, envolvendo vários músculos e estruturas anatómicas da cavidade oral, faringe, laringe, esófago, sistema nervoso central e periférico, nervos cranianos e estruturas corticais e do tronco cerebral (Jean, 2001; Shaw & Martino, 2013; Zuercher et al., 2019).

A sua complexidade é muitas vezes subvalorizada, justamente por se tratar de um ato rotineiro, automático e invisível. Deglutimos entre 600 a 1000 vezes por dia, 35 vezes por hora durante o dia e 6 vezes durante a noite, ou seja, em estado de vigília, um indivíduo saudável deglute involuntariamente mais do que uma vez por minuto, aumentando a frequência para cerca de mais de 5 vezes por minuto, durante as refeições e diminui para cerca de oito vezes por hora, durante o sono (Lear et al., 1965), transportando saliva e alimentos da cavidade oral até ao estômago.

A deglutição envolve uma ação complexa sensoriomotora envolvendo mais de 50 músculos e vários nervos cranianos (Reiter & Brosch, 2012). As estruturas corticais envolvidas incluem, o opérculo fronto-parietal, o córtex sensório-motor primário e os córtices de associação, para além da parte anterior da ínsula.

As projeções córtico-bulbares têm então como alvo, os geradores de padrões centrais localizados na medula oblongata dorsal, (Hamdy, Mikulis, et al., 1999; Hamdy, Rothwell, et al., 1999; Riecker et al., 2009), enquanto o núcleo solitário e o núcleo ambíguo coordenam a deglutição (Kumar, 2010; Lang, 2009; Prosiogel et al., 2005). Estas estruturas distribuem-se pela boca, faringe, laringe e esófago, iniciando-se com o encerramento labial e culminando com a abertura do esfíncter esofágico superior (Matsuo & Palmer, 2008).

A forma como a deglutição é descrita em termos de fases pode variar ligeiramente entre autores, refletindo abordagens clínicas, pedagógicas ou de investigação distintas.

A divisão mais tradicional e mais frequentemente utilizada em contexto clínico e académico, assenta na descrição de quatro fases sequenciais (Figura 1): a fase preparatória oral, fase oral, fase faríngea e fase esofágica (Logemann et al., 2022; Panara et al., 2023). No entanto, alguns autores agrupam a fase preparatória e oral numa só, considerando apenas três fases principais, a fase oral, a fase faríngea e a fase esofágica (Khan et al., 2014), outros ainda, propõem subdivisões mais detalhadas, especialmente em estudos neurofisiológicos (Leopold & Kagel, 1997; Shune et al., 2016).

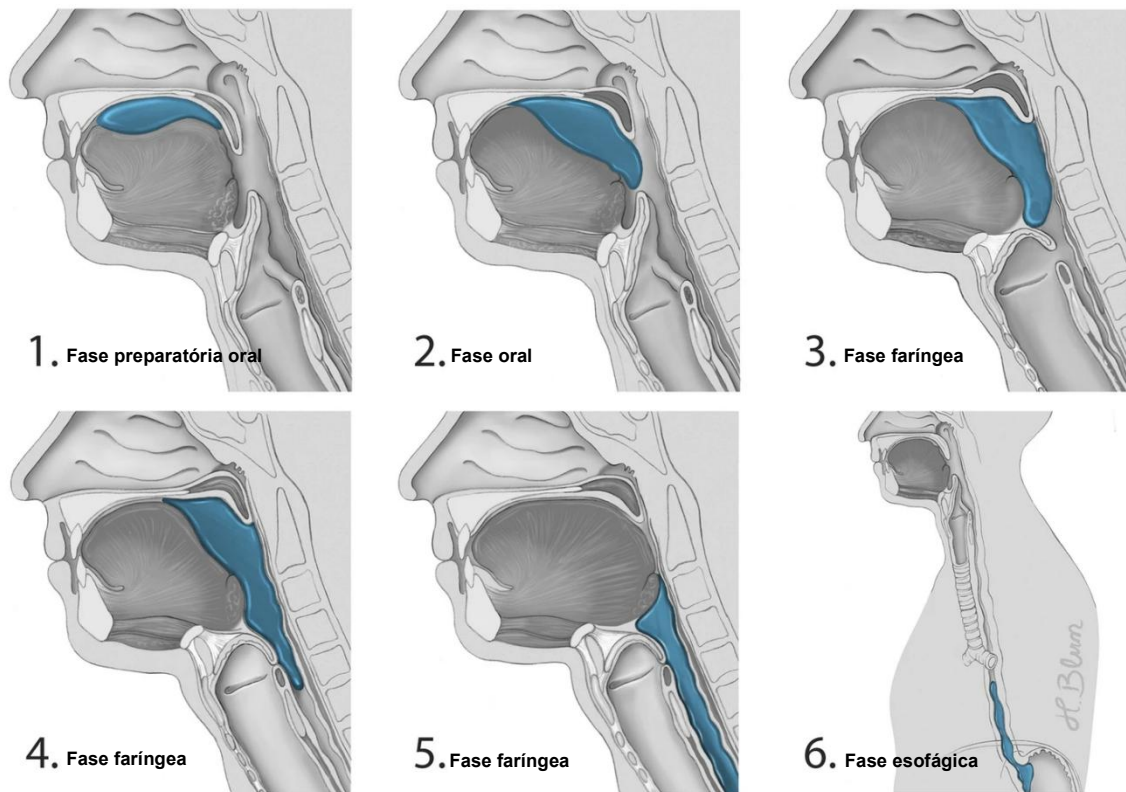


Figura 1 - Fases da deglutição, retirado e adaptado de Zuercher et al. (2019)

a. Fase preparatória oral (1)

Fase voluntária, de preparação do bolus alimentar e envolve a mastigação, a mistura com saliva e a manipulação do alimento até este adquirir uma consistência adequadas para ser deglutido. Esta fase mobiliza os músculos da mastigação ou mastigatórios, a língua, os lábios e as bochechas, sendo fundamental para garantir o controlo e retenção do bolus alimentar na cavidade oral (Logemann et al., 2022; Panara et al., 2023).

A ausência de um correto selo labial ou défice na mobilidade da língua, pode levar à perda de alimento (escape anterior) (Leonard & Kendall, 2025; Yamada et al., 2004), antes da progressão para a fase seguinte. Nesta fase a via aérea permanece aberta (Logemann et al., 2022; Panara et al., 2023).

b. Fase oral (2)

Segunda fase voluntária de todo o processo, inicia-se quando o bolus alimentar está pronto e posicionado na superfície da língua. A língua eleva-se em direção ao palato duro

e impulsiona o bolus posteriormente, em direção à orofaringe, para se iniciar o reflexo da deglutição (Khan et al., 2014; Matsuo & Palmer, 2008). Este movimento desencadeia a ativação dos recetores sensoriais, que sinalizam o início da fase faríngea (Logemann et al., 2022). Com uma duração de cerca de um segundo, é decisiva na transição entre a preparação voluntária e os mecanismos reflexos da deglutição, iniciando-se a fase faríngea involuntária.

c. Fase faríngea (3 – 5)

Esta fase é reflexa, dura cerca de 1 a 2 segundos e ocorre de forma automática após a entrada do bolus alimentar em contacto com o arco palatoglosso e a ativação dos recetores orofaríngeos. O reflexo de deglutição é desencadeado, a epifaringe é selada e o fecho das vias aéreas ocorre em três fases diferentes: (a) adução das cordas vocais, (b) adução da prega ventricular e (c) contacto das cartilagens aritenóides com a epiglote inclinada anteriormente (Zuercher et al., 2019).

Ocorre elevação laríngea ativa, que abre indiretamente o esfíncter esofágico superior. O bolus alimentar entra então nas valéculas epiglóticas e nos seios piriformes.

Simultaneamente, ocorre uma breve apneia (0,5 a 1,5 segundos) designada por apneia deglutória (Matsuo & Palmer, 2009), que protege as vias respiratórias durante a passagem do bolus (Jean, 2001), isolando a laringe e a traqueia da faringe durante a passagem do bolus alimentar, para evitar introdução nas vias aéreas (Matsuo & Palmer, 2008). Esta fase é crítica na prevenção da aspiração.

d. Fase esofágica (6)

Fase completamente involuntária e inicia-se após o bolus alimentar transpor o esfíncter esofágico superior. A laringe retoma a sua posição inicial e a musculatura esofágica (composta por músculo estriado no terço superior e liso no terço inferior) gera ondas peristálticas que conduzem o alimento até ao estômago, prevenindo a regurgitação do alimento e a aerofagia (Leonard & Kendall, 2025).

Esta fase é regulada pelo sistema nervoso autónomo, tem uma duração de 8 a 20 segundos e pode ser modulada por fatores como a consistência alimentar e o volume ingerido (Matsuo & Palmer, 2008).

Resumidamente, podemos afirmar que o controlo da deglutição é partilhado entre o tronco cerebral (onde se localizam o centro gerador do padrão de deglutição no núcleo do trato solitário e núcleo motor dorsal do vago), e as estruturas corticais e subcorticais que modulam a vontade, o ritmo e a coordenação da deglutição (Jean, 2001; Shaw & Martino, 2013; Zuercher et al., 2019).

As respostas motoras são conduzidas por uma rede de nervos cranianos, dos quais os mais relevantes são: trigémeo (V), facial (VII), glossofaríngeo (IX), vago (X), acessório (XI) e hipoglosso (XII) (Jean, 2001; Shaw & Martino, 2013; Zuercher et al., 2019).

Perturbações em qualquer uma das fases da deglutição, por exemplo, por trauma, intubação, défice neurológico ou desuso, podem comprometer a eficácia e segurança da deglutição, resultando numa proteção ineficaz da via aérea, num atraso na propulsão do bolus alimentar em qualquer uma das fases da deglutição e/ou a presença de resíduos pós-deglutórios (Panara et al., 2023), podendo trazer consequências graves para o doente com um enorme prejuízo para a sua qualidade de vida (Troll, 2022).

1.2. COMPROMISSO NA DEGLUTIÇÃO PÓS-EXTUBAÇÃO: DEFINIÇÃO E CAUSAS

Doentes submetidos a VMI, nomeadamente por longos períodos, veem a sua capacidade de deglutição de forma segura e eficaz, comprometida após a extubação.

Esta situação clínica é frequentemente designada por disfagia pós-extubação (DPE), compromisso na deglutição pós-extubação (CDPE) e mais recentemente, tendo por base a nova ontologia de enfermagem da International Classification for Nursing Practice (ICNP®) (OE, 2025), deglutição comprometida pós-extubação (DCPE).

Esta última terminologia será a adotada para o nosso estudo e que nos últimos anos tem vindo a ser identificada como umas das complicações mais relevantes em contexto do doente crítico em UCI. No entanto, é largamente defendido por vários autores que

continua a permanecer em muitos casos sub-diagnosticada e subvalorizada (Bertschi et al., 2025; McIntyre et al., 2021).

A deglutição é um processo complexo (Jean, 2001; Shaw & Martino, 2013), com dupla função, essencial à nutrição e à proteção das vias respiratórias e durante a sua permanência numa UCI pode ser afetada por variadíssimos fatores, entre os quais se destacam o uso prolongado do tubo endotraqueal, o risco aumentado de lesão traumática direta nas estruturas e na redução da sensibilidade laríngea, ambas reconhecidas como causas importantes da aspiração silenciosa (Huh et al., 2014; Schefold et al., 2017).

É de consenso atual que, quanto mais longa for a intubação, maior o risco de DCPE, sendo amplamente afirmado que, por cada dia adicional sob VMI, existe um aumento de cerca de 20% de risco de desenvolvimento desta condição (Bertschi et al., 2025). Outros fatores contribuintes, amplamente aceites, são a fraqueza muscular adquirida em contexto de doença crítica, a alteração do estado de consciência, o uso de sedação profunda e a descoordenação respiração/ deglutição (Logemann et al., 2022).

Ainda assim, a presença de DCPE não se limita a doentes com ventilação prolongada ou com comorbilidades evidentes. Casos mais subtis, como os associados ao refluxo gastroesofágico, à sarcopenia em idosos ou à presença de infeções respiratórias recorrentes, podem também comprometer a ação de deglutir (Ortega et al., 2017). A diversidade de causas e manifestações clínicas exige, portanto, uma abordagem diferenciada, multifacetada e sensível ao contexto de cada doente (Figura 2).

Na revisão sistemática realizada por Zuercher et al. (2019) em consonância também com Bertschi et al. (2025) e Chen et al. (2024), foram identificadas várias complicações associadas ao DCPE que incluem:

- O aumento do risco de aspiração e pneumonia induzida pela aspiração;
- Atraso no reinício da alimentação e hidratação oral e maior tempo em alimentação entérica/ parentérica;
- Diminuição da qualidade de vida;
- Aumento do tempo de internamento na UCI e/ou no hospital;
- Aumento da morbidade e mortalidade.

Estatisticamente, os dados de incidência são alarmantes, estimando-se que aproximadamente 41% dos doentes críticos desenvolvem algum grau de DCPE, sendo

que uma percentagem significativa, até 36%, apresenta episódios de aspiração silenciosa, isto é, sem tosse ou sinais evidentes de falência na proteção das vias aéreas (McIntyre et al., 2021). Esta realidade pode ter consequências graves, como o aumento da incidência de pneumonia por aspiração, atrasos no reinício da alimentação e hidratação oral, levando à desnutrição, prolongamento do internamento, reintubação e até elevação das taxas de morbilidade e mortalidade (Zuercher et al., 2019).

No entanto, é fundamental que a pneumonia por aspiração seja entendida como um fenómeno multifatorial. Embora o DCPE represente um fator de risco de elevada relevância, há que ter em conta outras variáveis, como a má higiene oral, a desnutrição, o estado imunológico ou a presença de doenças crónicas (Niederman & Cilloniz, 2022). A conjugação destes elementos agrava em muito o prognóstico e torna evidente a necessidade de estratégias de prevenção que integrem diferentes áreas do cuidado.

Assim, a atuação dos profissionais de saúde, nomeadamente dos EEER, é crucial neste domínio. A identificação precoce do DCPE, através da realização de rastreios estruturados e sensíveis, e a implementação de intervenções terapêuticas individualizadas, incluindo exercícios de fortalecimento muscular, estimulação sensorial e treino da coordenação respiratória-deglutória, têm demonstrado impacto positivo na reabilitação funcional e na qualidade de vida destes doentes (Chen et al., 2024; Oliveira, 2024).

Neste sentido, a DCPE deve ser entendida não como um efeito colateral inevitável da VMI, mas como um aspeto clínico relevante, com repercussões concretas na evolução e na recuperação do doente crítico. Identificar, rastrear e tratar ativamente esta condição, é essencial na prestação de cuidados centrados na pessoa de forma holística, com o máximo de segurança e qualidade.

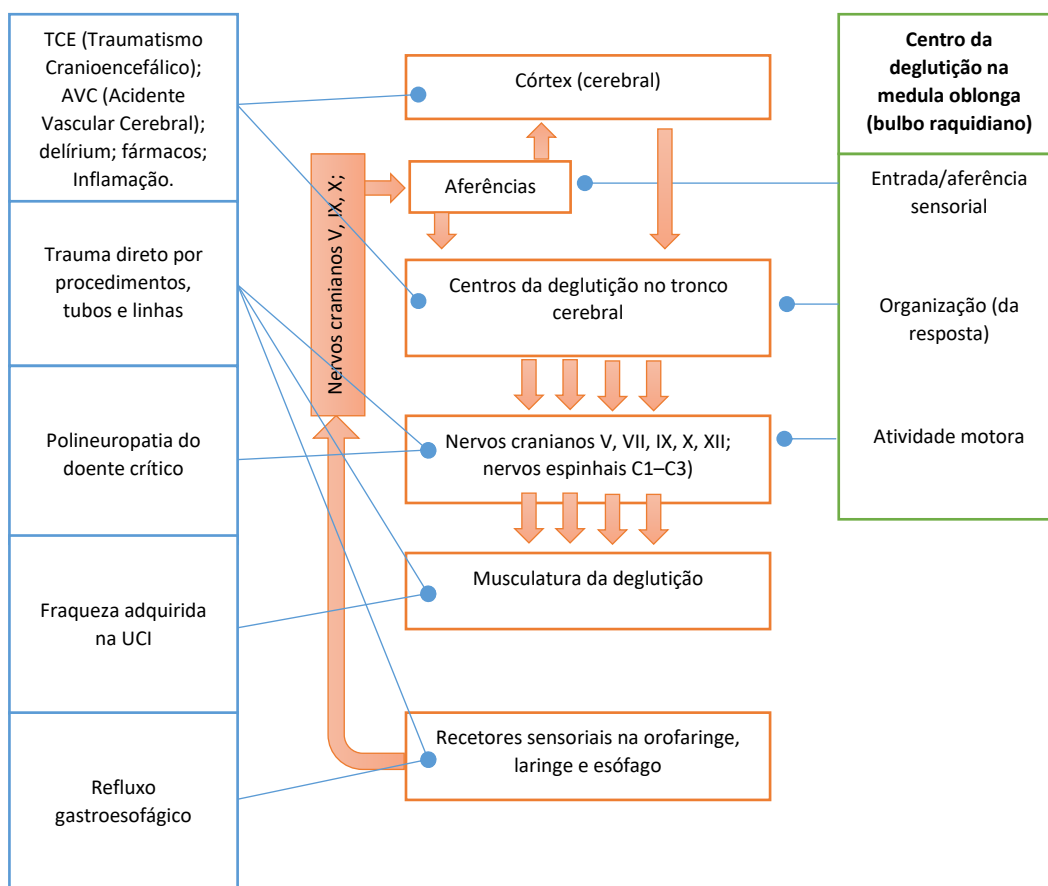


Figura 2 - Esquema do processo de deglutição e fatores predisponentes de disfagia na pessoa em situação crítica em UCI, adaptado e traduzido de Zuercher et al. (2019)

1.3. CONSEQUÊNCIAS DA DEGLUTIÇÃO COMPROMETIDA PÓS-EXTUBAÇÃO

Estudos recentes estimam que a prevalência da DCPE pode variar entre 11,6% a 84% nos doentes internados em UCI, sendo que, uma proporção significativa mantém sintomas até à alta hospitalar e, por vezes, para além desta (Chen et al., 2024). Esta condição não se limita a alterações transitórias, mas sim, associa-se frequentemente a um aumento do risco de aspiração, pneumonia, desnutrição e necessidade de reintubação, traduzindo-se num prolongamento da ventilação mecânica, aumentando assim a sua permanência na UCI e no hospital e consequentemente, a um aumento da morbilidade e mortalidade (Schefold et al., 2017; Zuercher et al., 2019).

A fisiopatologia da DCPE é multifatorial, envolvendo ações diretas como o traumatismo das estruturas laríngeas relacionadas com a intubação orotraqueal e ações indiretas como a fraqueza muscular adquirida na UCI, alterações na sensibilidade laríngea e a disfunção

da coordenação respiração/ deglutição. A estas ações, temos de acrescentar fatores como o refluxo gastroesofágico e a hiporresponsividade neurológica secundária ao delírio ou sedação prolongada (Macht et al., 2013).

Os desfechos clínicos da DCPE são particularmente relevantes na recuperação funcional e no planeamento da alta hospitalar. A demora no reinício da alimentação e hidratação oral segura conduz, muitas vezes, à dependência prolongada de nutrição entérica ou parentérica, com impacto direto na qualidade de vida e no processo de recuperação. Para além disso, a aspiração silenciosa, frequentemente não detetada por exames clínicos convencionais, agrava o risco de pneumonia e infeções respiratórias, uma das principais causas de complicações e readmissão hospitalar destes doentes (Chen et al., 2024).

A evidência científica atual alerta ainda para possíveis desfechos funcionais a médio prazo, mesmo após a estabilização clínica do doente crítico, nas situações de presença de DCPE e que a mesma é, muitas vezes, negligenciada durante a transição do doente para o internamento e depois para o domicílio (Schefold et al., 2017). Neste desígnio, a identificação precoce e a implementação de estratégias de rastreio, intervenções e reabilitação adequada, devem ser consideradas componentes essenciais da abordagem interdisciplinar em contexto de cuidados intensivos.

1.4. IMPORTÂNCIA DO RASTREIO, AVALIAÇÃO CLÍNICA E AVALIAÇÃO INSTRUMENTAL NA DEGLUTIÇÃO COMPROMETIDA

Sendo largamente aceite que as perturbações da deglutição são comuns nos doentes críticos, a verdadeira incidência desta não era, até muito recentemente, conhecida (Bertschi et al., 2025). Segundo o mesmo autor, a incidência da disfagia presumida na UCI indicada por dissemelhantes autores, variava entre os 3% a 62% (Skoretz et al., 2010), mas poderia chegar aos 93% (Brodsky et al., 2020), dependendo da estratégia usada para a avaliação, no entanto, é unânime que estes valores apresentam um elevado grau de incerteza (Bertschi et al., 2025; Zuercher et al., 2019).

Estudos mais recentes indicam incidências de 18,3% nos doentes adultos admitidos em UCI médica e cirúrgica mista e 4,9% nos doentes pós-operatórios eletivos pós-extubação (Schefold et al., 2017; Zuercher et al., 2019).

Torna-se assim evidente que a presença de DCPE, é uma preocupação relevante a ter em conta em doentes internados em UCI, com um elevado impacto na morbilidade e mortalidade, com uma taxa de mortalidade por todas as causas aos 90 dias de 9,2% (Schefold et al., 2017).

Neste sentido, o rastreio precoce da DCPE, assume um papel central na prevenção de complicações potencialmente gravosas para o doente internado. No contexto da UCI, onde a DCPE é altamente prevalente, a ausência de estratégias de deteção sistemática contribui muitas vezes, para um diagnóstico tardio, numa fase já marcada por agravamento funcional e aumento do risco clínico (Schefold et al., 2017; Zuercher et al., 2019).

A implementação de ferramentas de rastreio estruturadas e a implementação de protocolos de rastreio específicos para a população crítica permite, assim, antecipar a ocorrência de complicações, orientar a tomada de decisão clínica e otimizar a transição para a alimentação oral. Quando realizado nas primeiras 24 a 48 horas após a extubação, numa fase em que o doente já demonstra estabilidade clínica, o rastreio contribui para uma recuperação funcional mais segura, evitando readmissões e reduzindo custos associados à hospitalização prolongada (Huh et al., 2014; Macht et al., 2011).

Importa referir que o rastreio não substitui a avaliação clínica nem a instrumental da deglutição; é simplesmente uma das três etapas no contexto clínico de diagnóstico, mas constitui uma etapa essencial para rastreio e identificação de situações de risco, orientando a necessidade de avaliação especializada e intervenção precoce (Donovan et al., 2013).

Entre as ferramentas validadas, destaca-se a Gugging Swallowing Screen (GUSS), incluindo a sua versão adaptada à realidade intensiva, a Gugging Swallowing Screen for Intensive Care Units (GUSS-ICU), validada muito recentemente para Portugal por Couto (2024) e que tem demonstrado sensibilidade e especificidade adequadas no rastreio da DCPE, mesmo em contextos sem acesso imediato a exames complementares (Troll et al., 2023).

Para além dos benefícios clínicos, o rastreio contribui para a promoção da segurança do doente e está alinhada com os princípios fundamentais da humanização dos cuidados, respeitando a sua autonomia e dignidade ao permitir um retorno mais precoce e seguro à alimentação oral, frequentemente vivida como um marco no processo de reabilitação e

recuperação da sua identidade pessoal (Bertschi et al., 2025; Entidade Reguladora da Saúde, 2021; Zuercher et al., 2019).

Neste sentido, a capacitação dos profissionais de saúde, especialmente dos enfermeiros de reabilitação, para a utilização correta e sistemática de instrumentos de rastreio, deve ser entendida como uma prioridade estratégica para garantir cuidados mais seguros, eficientes e centrados na pessoa (OE, 2019).

Assim, podemos afirmar que a avaliação da pessoa em risco de desenvolver alterações da deglutição, em contexto clínico e particularmente na UCI, organiza-se num processo de diagnóstico em três etapas sequenciais e complementares (Oliveira, 2024).

Primeiro, o rastreio padronizado, como já anteriormente referido, determina de forma rápida e sensível a probabilidade de estarmos na presença de uma deglutição comprometida e orienta para medidas imediatas de segurança e de referenciação subsequente (Couto, 2024; Troll et al., 2023).

Tendo por base o resultado obtido no rastreio, segue-se uma avaliação clínica, efetuada por profissionais devidamente credenciados, que aprofunda a caracterização funcional e define intervenções adequadas e a possibilidade da necessidade da realização de exames complementares. Nesta fase, realiza-se a anamnese e observa-se possíveis sinais de alerta, nomeadamente sinais oromotores e protetores como, a voz, a tosse e a elevação laríngea (Brodsky et al., 2016; Couto, 2024; Oliveira, 2024; Troll et al., 2023).

A avaliação instrumental, por videofluoroscopia da deglutição (VFSS) e/ou a fibroendoscopia da deglutição (FEES), permite uma observação direta da fisiologia da deglutição em tempo real, constituindo os exames padrão para um diagnóstico preciso e consistente (Helliwell et al., 2023; Leder et al., 1998; Oliveira, 2024).

Embora esta última etapa possa ser condicionada por limitações de recursos e logística, é a única que permite identificar a aspiração silenciosa, devendo ser acionada sempre que o rastreio e/ou a avaliação clínica identifiquem algum nível de risco (Leder et al., 1998).

Este entendimento converge com o que Oliveira (2024) sublinha no seu estudo, sobre o facto de a DPE e a sua identificação, nem sempre serem realizadas de forma sistemática e persistirem critérios heterogéneos nas diferentes unidades de cuidados, reforçando a necessidade de um rastreio estruturado de circuitos de referenciação claros em todo o percurso e sendo fundamental o planeamento de reavaliações regulares como parte do

plano terapêutico, reconhecendo que a deglutição é dinâmica e evolui com a condição clínica do doente, a implementação de intervenções e do estado funcional.

1.5. REABILITAÇÃO DA PESSOA COM DEGLUTIÇÃO COMPROMETIDA PÓS-EXTUBAÇÃO

A reabilitação da deglutição, particularmente no contexto do doente crítico, exige uma abordagem interdisciplinar, individualizada e sustentada em evidência científica. O EEER, inserido numa equipa interdisciplinar é primordial em todo este processo, como forma de garantir avaliações consistentes com amplo conhecimento na identificação e gestão da DCPE (Likar et al., 2024), mas também na monitorização da evolução funcional, adaptação à alimentação e à capacitação do doente e família/ cuidadores informais (OE, 2019).

Oliveira (2024), no seu trabalho mapeou as intervenções mais utilizadas na DCPE, de onde se destacam, acima de tudo, os exercícios de fortalecimento muscular (Quadro 1).

Estratégia	Intervenção	Descrição
Reabilitação	Exercícios de fortalecimento muscular	Treino de força muscular inspiratória e expiratória assistido por dispositivos
		Exercícios orofaciais
		Manobra de Masako
		Flexão do queixo contra resistência
	Exercícios vocais	Exercícios de adução das cordas vocais
		Exercícios da função vocal
	Neuroestimulação	Estimulação elétrica neuromuscular
		Estimulação profunda do nervo
		Estimulação elétrica faríngea
	Estimulação sensorial	Escovagem dos dentes terapêutica
		Não especificado
		Estimulação termo-tátil
	Outras intervenções	Terapia orofacial: postura, massagem e facilitação utilizadas terapêuticamente para melhorar o controle motor e a percepção
		Método Bobath de reabilitação do AVC
		Telerreabilitação
		Massagem das glândulas salivares
		Exercícios de amplitude dos movimentos da cervical
Compensatória	Ajustamentos posturais	Flexão do pescoço
		Posição de sentado
	Manobras deglutorias	Deglutição de pequenas quantidades
		Deglutição múltipla
		Tosse
		Deglutição forçada
		Manobra de Mendelsohn
		Rotação da cabeça para um lado
	Deglutição supraglótica	
	Modificação das consistências alimentares	Modificações da textura dos alimentos sólidos e da espessura dos líquidos
	Outras intervenções	Higiene vocal
		Ajustamentos dos fatores ambientais
		Medidas educacionais para deglutição segura

Quadro 1 - Intervenções na abordagem à DCPE, adaptado de Oliveira (2024)

A eletroestimulação transcutânea ou neuroestimulação, tem vindo a ganhar destaque como ferramenta complementar na reabilitação da disfagia neurogénica atuando ao nível dos componentes neurológicos da coordenação e controlo da deglutição, promovendo ganhos ao nível da elevação laríngea e proteção das vias aéreas (Bertschi et al., 2025; Likar et al., 2024; Zuercher et al., 2019). Ainda que a evidência seja promissora, a sua aplicação deve respeitar critérios clínicos claros e ser realizada por profissionais devidamente treinados.

A crescente preocupação com as consequências da DCPE em cuidados intensivos tem motivado nos últimos anos o desenvolvimento de estudos com vista à criação de programas de reabilitação específicos para esta população (Bertschi et al., 2025; Chen et al., 2024; Likar et al., 2024; Oliveira, 2024; Zuercher et al., 2019).

Embora os modelos de intervenção apresentem alguma homogeneidade entre os diferentes contextos, os diferentes estudos têm demonstrado que a implementação de programas direcionados para a reabilitação da DCPE estão associados a melhores desfechos clínicos, redução de complicações e ganhos funcionais (Chen et al., 2024), mesmo que as opções de intervenções sejam escassas (Bertschi et al., 2025; Likar et al., 2024).

Entre os programas mais reconhecidos, destaca-se o trabalho desenvolvido por Likar et al. (2024), que recomendam a adoção de algoritmos clínicos destinados a promover cuidados estandardizados de alta qualidade que promovam o rastreio, a avaliação e o tratamento sistemático e oportuno da DCPE em doentes extubados e traqueostomizados na UCI.

Propõe um modelo integrado de rastreio precoce, em doentes acordados, capazes de colaborar e que cumpram os critérios específicos de inclusão, propondo um conjunto de estratégias compensatórias e de reabilitação com a finalidade de melhorar os resultados em saúde destes doentes.

Enfatizam o trabalho realizado por uma equipa interdisciplinar de forma a garantir avaliações consistentes por parte de um grupo com amplo conhecimento na identificação e gestão da DCPE. Os autores observaram melhorias significativas na redução do risco de complicações, e um aumento da eficácia da tosse e no desmame ventilatório.

Mais recentemente, Chen et al. (2024), realizaram uma revisão sistemática e meta-análise que sintetizou os principais tipos de intervenção aplicados a doentes críticos com compromisso da deglutição. Os resultados demonstraram que os tratamentos de reabilitação da deglutição, foram eficazes na redução da gravidade da disfagia, acelerando o regresso à ingestão oral e diminuindo o risco de pneumonia.

Os ensaios incluídos evidenciaram ainda benefícios adicionais, como a redução do tempo de internamento hospitalar em UCI, e a melhoria da qualidade de vida dos doentes. Embora não tenham sido observadas diferenças estatisticamente significativas no risco de aspiração, verificou-se que estas intervenções influenciam positivamente a dinâmica da deglutição, possivelmente através de alterações neurofisiológicas, contribuindo para uma melhor propriocepção, prevenção da atrofia muscular, aumento do recrutamento dos músculos envolvidos e melhoria da lubrificação oral e da sensibilidade.

De forma consistente, os autores concluíram que, apesar de não reduzirem diretamente o risco de aspiração, as intervenções de reabilitação da deglutição diminuem de forma significativa a probabilidade de ocorrência de pneumonia em doentes críticos, reforçando o seu papel preventivo e terapêutico neste contexto.

No contexto nacional, Oliveira (2024), no seu trabalho de dissertação para a obtenção do grau de mestre em Enfermagem de Reabilitação, com o tema *“Intervenções de enfermagem à pessoa com compromisso da deglutição pós-extubação: uma scoping review”*, reforçou estes achados, identificando algumas lacunas existentes na sistematização de programas em Portugal, mas também a existência de oportunidades de atuação por parte dos EEER em articulação com equipas interdisciplinares.

O estudo mapeou as intervenções mais utilizadas na DCPE, apresentadas de acordo com o seu objetivo:

- Estratégias de reabilitação e compensatórias;
- Exercícios de fortalecimento muscular e os ajustamentos posturais.

Reforça que os mesmos são potencialmente relevantes no apoio ao processo de tomada de decisão e propõe a criação de orientações de rastreio estruturado, planos terapêuticos adaptados ao estado clínico do doente e o seguimento até à alta hospitalar, como componentes-chave de um programa de reabilitação da deglutição pós-extubação em

UCI, acompanhado da obtenção de recursos, formação e treino aos profissionais envolvidos na abordagem terapêutica à pessoa com DCPE (Oliveira, 2024).

A revisão e o mapeamento das intervenções que previnam as complicações e promovam a reabilitação precoce da função de deglutição, poderão contribuir para a melhoria dos resultados em saúde e o bem-estar das pessoas com DPE (Oliveira, 2024).

Estes contributos sustentam a necessidade de implementação de modelos organizados de reabilitação, idealmente iniciados nas 24 a 48 horas pós-extubação, com equipas devidamente treinadas, monitorização dos indicadores de qualidade em saúde e uma focagem clara na segurança do doente (Bertschi et al., 2025; Likar et al., 2024; Oliveira, 2024; Zuercher et al., 2019).

A consistência das evidências existentes ainda é muito limitada, mas o reforço do impacto positivo destes programas, não só nos desfechos clínicos, mas também na qualidade de vida dos doentes críticos no pós-extubação e na otimização dos recursos institucionais é fundamental para garantir resposta às necessidades específicas dos doentes com DCPE e reduzir o impacto das suas complicações (Likar et al., 2024; Oliveira, 2024).

1.6. INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA REABILITAÇÃO DA PESSOA COM DEGLUTIÇÃO COMPROMETIDA PÓS-EXTUBAÇÃO

Como já referenciado, a DCPE constitui uma condição clínica predominante em UCI, estando associado muitas vezes a resultados desfavoráveis (Bertschi et al., 2025; Chen et al., 2024; Zuercher et al., 2019).

Neste cenário, o EEER, assume um papel determinante, integrado numa equipa interdisciplinar, legitimado quer pela evidência científica desenvolvida nesta área, quer pelo enquadramento profissional e deontológico (Mendes et al., 2018; OE, 2019).

O Regulamento n.º 392/2019, de 3 de maio, da OE, estabelece as competências específicas do EEER e enquadra a sua atuação na conceção, implementação e monitorização de planos de reabilitação diferenciados, orientados para a prevenção de complicações, a maximização da funcionalidade e a prática baseada na evidência, com avaliação por resultados sensíveis aos cuidados, através da monitorização de indicadores (OE, 2019).

No seu Anexo I “*Competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação*”, o regulamento explicita três unidades de competência, todas elas com diferentes critérios de avaliação que se complementam:

- J1 — Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.
- J2 — Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania.
- J3 — Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.

Nestas competências, estão explanadas que ao EEER, compete realizar a avaliação e o diagnóstico funcional, recorrendo a instrumentos e escalas validadas, planeando e prescrevendo intervenções destinadas a otimizar e/ou reeducar as funções respiratórias, de alimentação e implementar essas mesmas intervenções em condições de segurança, assegurando o ensino, a demonstração e o treino das técnicas junto do doente e do cuidador informal ou família.

Compete também ao EEER, garantir a continuidade de cuidados entre a UCI, a enfermaria e posteriormente o domicílio, monitorizando sistematicamente os resultados e reformulando os objetivos em função da resposta obtida (OE, 2019).

A matriz normativa que enquadra o exercício do EEER é diretamente aplicável à DCPE, por exigir rastreio estruturado e intervenções faseada, capacitação e avaliação contínua (Nielsen et al., 2025; OE, 2019; Troll et al., 2023).

Neste desígnio, as teorias de enfermagem vão constituir os alicerces para uma prática reflexiva crítica e sistemática, fornecendo quadros conceptuais que vão orientar a avaliação, a formulação de diagnósticos, a definição de objetivos e a prescrição de intervenções de enfermagem, bem como a monitorização dos resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, através dos indicadores sensíveis aos ganhos em saúde, contribuindo para a elaboração de técnicas sólidas de conhecimento científico, baseados na melhor evidência científica (Ribeiro et al., 2021; Souza et al., 2021).

Os EEER, ao estruturarem conceitos, relações e pressupostos, vão reforçar o raciocínio clínico e a tomada de decisão do enfermeiro, promovendo uma continuidade de cuidados de forma holística e personalizada, através de sistemas de informação que permitam a comunicação entre pares e outros profissionais e assim garantir uma ponte entre a

investigação e a prática clínica, num processo de melhoria contínua e de produção de conhecimento científico sólido e baseado em evidencia científica (Alligood, 2021; Fawcett & DeSanto-Madeya, 2012; McEwan & Wills, 2021; Ribeiro et al., 2021; Souza et al., 2021).

Aplicadas ao contexto da DCPE, a teoria das transições da autora Meleis (2010), e o modelo de adaptação de Callista Roy et al. (2009), mesmo sendo referenciais teóricos distintos na enfermagem, ambos se podem complementar, porque, ambos abordam a resposta do indivíduo às situações de mudança, uma focando-se na adaptação do indivíduo à mudança no seu ambiente, utilizando o processo de enfermagem para identificar e responder aos estímulos (Roy et al., 2009), e a outra centrando-se nas experiências e transições de vida do indivíduo, explorando como a pessoa se adapta à nova situação de equilíbrio (Meleis, 2010).

Assim, a utilização de ambas, permite analisar como o indivíduo se adapta a uma situação de transição (por exemplo entre um processo de Saúde/ Doença) e quais os fatores que ajudam a atingir um novo estado de equilíbrio, através do mapeamento das diferentes fases e objetivos clínicos, a identificação das condições facilitadoras e/ou inibidoras da recuperação e o alinhamento de metas fisiológicas e psicossociais com intervenções e indicadores de resultado bem delineados (González et al., 2020; Rodrigues et al., 2004; Rodrigues et al., 2022).

Para o EEER, isto traduz-se numa prática segura, mensurada e centrada no indivíduo numa visão holística, em que o rastreio é estruturado, as intervenções são faseadas e baseadas num programa com evidência científica e que são frequentemente readaptadas ao indivíduo após reavaliação. Todas as intervenções visam a capacitação do doente e família/ cuidador informal num caminho contínuo, na procura permanente da qualidade dos cuidados com o máximo de segurança (González et al., 2020; Meleis, 2010; Rodrigues et al., 2004; Rodrigues et al., 2022; Roy et al., 2009; Souza et al., 2021).

A teoria das transições de Meleis (2010), sendo uma teoria de médio alcance, é mais objetiva e focada numa situação/ população, ao contrário da teoria de Roy et al. (2009), que é particularmente interessante, por tratar a mudança clínica como um processo vivido com metas, propriedades e resultados observáveis. Na DCPE, a sequência VMI => extubação => reintrodução segura da alimentação e hidratação oral => transferência/ alta e seguimento em consulta de *follow-up*, configura uma importante transição de saúde =>

doença e posteriormente novamente um estado de saúde após um processo de reabilitação sujeito a vulnerabilidades associadas por exemplo à fraqueza muscular adquirida na UCI, delírium entre outros (Meleis, 2010; Souza et al., 2021).

Já o modelo de adaptação de Roy et al. (2009), complementa esta visão ao traduzir a reabilitação da deglutição em termos de adaptação humana face a estímulos para manter/recuperar a integridade, com respostas que podem ser adaptativas ou ineficazes nos quatro modos:

- Fisiológico/ físico, associado à eficácia da deglutição à tosse e à proteção da via aérea;
- Autoconceito/ identidade e função de papel o retomar da alimentação e hidratação oral e;
- Interdependência, contempla a capacitação do doente e família/ cuidador informal (Roy et al., 2009; Souza et al., 2021).

Juntas, os modelos conceptuais de Roy et al. (2009) e de Meleis (2010), oferecem uma estrutura integrada para a prática especializada do EEER na DCPE, coerente com o regulamento das competências específicas do EEER. Este duplo enquadramento sustenta a conceção e implementação de programas de rastreio estruturado com instrumentos validados e a conceção e implementação de programas de reabilitação à pessoa com DPE, iniciados de forma atempada e ajustada à situação clínica do doente crítico, bem como à capacitação do doente e família/ cuidador informal e no seu acompanhamento no pós alta em consulta de *follow-up*.

2. METODOLOGIA

Da palavra grega “*mētudulū 'ziv*” (“*métodos*”), metodologia é a fundação que apoia o estudo, é a direção (“*meta*”), o caminho (“*hódos*”), a arte de dirigir o espírito na investigação (Porto Editora, 2025). Neste trabalho, a metodologia designa a arquitetura que suporta o estudo, descreve o enquadramento, justifica o desenho adotado e integra, de forma coesa, as opções de amostragem, recolha e análise de dados e por fim a elaboração e divulgação do relatório. Esta clarificação é essencial em investigação e na produção de conhecimento, assegura rigor, transparência e replicabilidade, neste caminho de aprimoração da prática de enfermagem baseada na evidência (Polit & Beck, 2022).

2.1. TIPO DE ESTUDO E OBJETIVO

Trata-se de um estudo metodológico, cujo objetivo foi validar, através de um painel de peritos, um conjunto de intervenções para a reabilitação da pessoa com DPE. O estudos metodológicos, segundo (Polit & Beck, 2022), visam a construção, avaliação ou aperfeiçoamento de instrumentos, protocolos e métodos de investigação, constituindo, portanto, uma etapa essencial para garantir validade e consistência antes da sua aplicação em contexto clínico. Assim, este estudo não pretende avaliar resultados clínicos diretos, mas sim estruturar, por meio da técnica Delphi modificada, um conjunto de intervenções consensualizadas que possam servir de base a investigações futuras sobre a sua eficácia e segurança.

As intervenções passíveis de serem integradas num projeto do programa de reabilitação partiram dos resultados previamente desenvolvidos por Oliveira (2024).

Os peritos convidados a participar na validação do seu conteúdo (Fernandes & Magalhães, 2024; Marques & Freitas, 2018; Nasa et al., 2021; Niederberger & Spranger, 2020), foram das áreas da enfermagem da reabilitação, medicina intensiva, terapia da fala, nutrição e fisioterapia (Oliveira, 2024).

2.2. MÉTODO DELPHI: DEFINIÇÃO, HISTÓRICO E APLICAÇÕES

O método Delphi é uma técnica de investigação qualitativa, desenvolvida com o objetivo de obter consenso entre um grupo de peritos dispersos geograficamente sobre um

determinado tema, conceito ou problema complexo (Facione, 1990; Marques & Freitas, 2018; Nogueira & Piffer, 2020), permite também realizar leituras profundas da realidade para uma melhor compreensão dos fenómenos e assim orientar a tomada de decisão tendo por base as opiniões e experiências pessoais dos intervenientes (Cheng, 2014; Marques & Freitas, 2018).

Trata-se de um processo interativo individual e organizado, baseado na aplicação sucessiva de questionários em múltiplas rondas, com análise estatística das respostas e *feedback* das contribuições controladas entre rondas. A sua principal característica reside na capacidade de reunir, refinar e consolidar o conhecimento coletivo como um todo, garantindo a possibilidade de revisão e alteração das respostas, preservando o anonimato e promovendo uma reflexão livre de pressões sociais ou hierárquicas (Hasson et al., 2000; Hsu & Sandford, 2007).

Embora que historicamente o Delphi surgisse na década de 1950, desenvolvido por Olaf Helmer e Norman Dalkey na *Rand Corporation*, como parte de um projeto militar com o propósito de apoiar decisões estratégicas e previsões militares durante a Guerra Fria (Dalkey & Helmer, 1963), o seu principal objetivo era obtenção de um consenso fiável de um grupo de militares peritos em defesa, sobre possíveis ataques nucleares (Boberg & Morris-Khoo, 1992).

O nome tem origem na mitologia grega no Oráculo de Delfos, relacionada ao nome do templo Apolo, divindade com o poder de transferir a visão do futuro aos simples mortais (Goodman, 1987). Com o tempo, a sua aplicação expandiu-se para outros sectores, como ciências sociais, educação, saúde, tecnologia e gestão de políticas públicas, onde se tornou uma metodologia de referência para a construção de consensos e desenvolvimento de instrumentos (Skulmoski et al., 2007).

No contexto da saúde, particularmente nos cuidados de enfermagem, a recolha estruturada de consenso entre peritos tem sido amplamente utilizada para apoiar a definição de práticas, competências e instrumentos, muitas vezes através de questionários e interações presenciais, como por exemplo:

- O desenvolvimento de recomendações de consensos sobre boas práticas clínicas, como exemplificado por Hodgson et al. (2014), que recorreram a um painel de peritos para definir critérios de segurança na mobilização de doentes adultos, ventilados mecanicamente e em UCI;

- A definição de competências profissionais e perfis funcionais, patente no regulamento das competências específicas do EEER (OE, 2019), aprovado na Assembleia Geral de 12 de maio de 2018 no Funchal;
- A caracterização de instituições, unidades e equipas, bem como a organização dos cuidados e a disponibilidade de recursos e resultados em contexto da UCI (Mendes et al., 2018).

No entanto, a utilização desta metodologia poderia trazer maiores ganhos, por promover a participação anónima e organizada de peritos, reduzindo possíveis influências e permitindo a recolha interativa de opiniões individuais com *feedback* controlado mesmo em contextos geograficamente disseminados (Hasson et al., 2000; Keeney et al., 2011).

Por ser realizado com recurso à internet, vários autores também designam este método como e-Delphi ou Delphi modificado, uma vez que as plataformas *online* substituíram os questionários físicos, permitindo a participação de mais colaboradores geograficamente distantes (Donovan et al., 2013; Jandhyala, 2020; Romero-Collado, 2021).

Segundo Marques & Freitas (2018), o processo de implementação do método de Delphi e suas variantes assenta em três componentes essenciais:

- A seleção rigorosa de peritos;
- A realização de diferentes rondas (2 a 3) devidamente estruturadas (e por fim);
- A análise estatística do grau de concordância, frequentemente com recurso a escalas tipo Likert.

Segundo o mesmo autor, este método é composto por diferentes fases (figura 3):

- Seleção rigorosa do grupo de peritos;
- Construção do 1º questionário (Q1);
- Primeiro contacto com os peritos e convite para participação no trabalho;
- Envio do questionário Q1;
- Recolha das respostas do questionário Q1 e análise qualitativa e quantitativa das respostas individuais obtidas;
- Construção e envio do 2º questionário (Q2) com *feedback* do questionário Q1;
- Recolha das respostas do questionário Q2 e análise qualitativa e quantitativa das respostas individuais obtidas;

- Envio das seguintes rodadas de questionários, intercalando com as respectivas análises e *feedbacks*.
- Encerramento do processo e redação do relatório final.

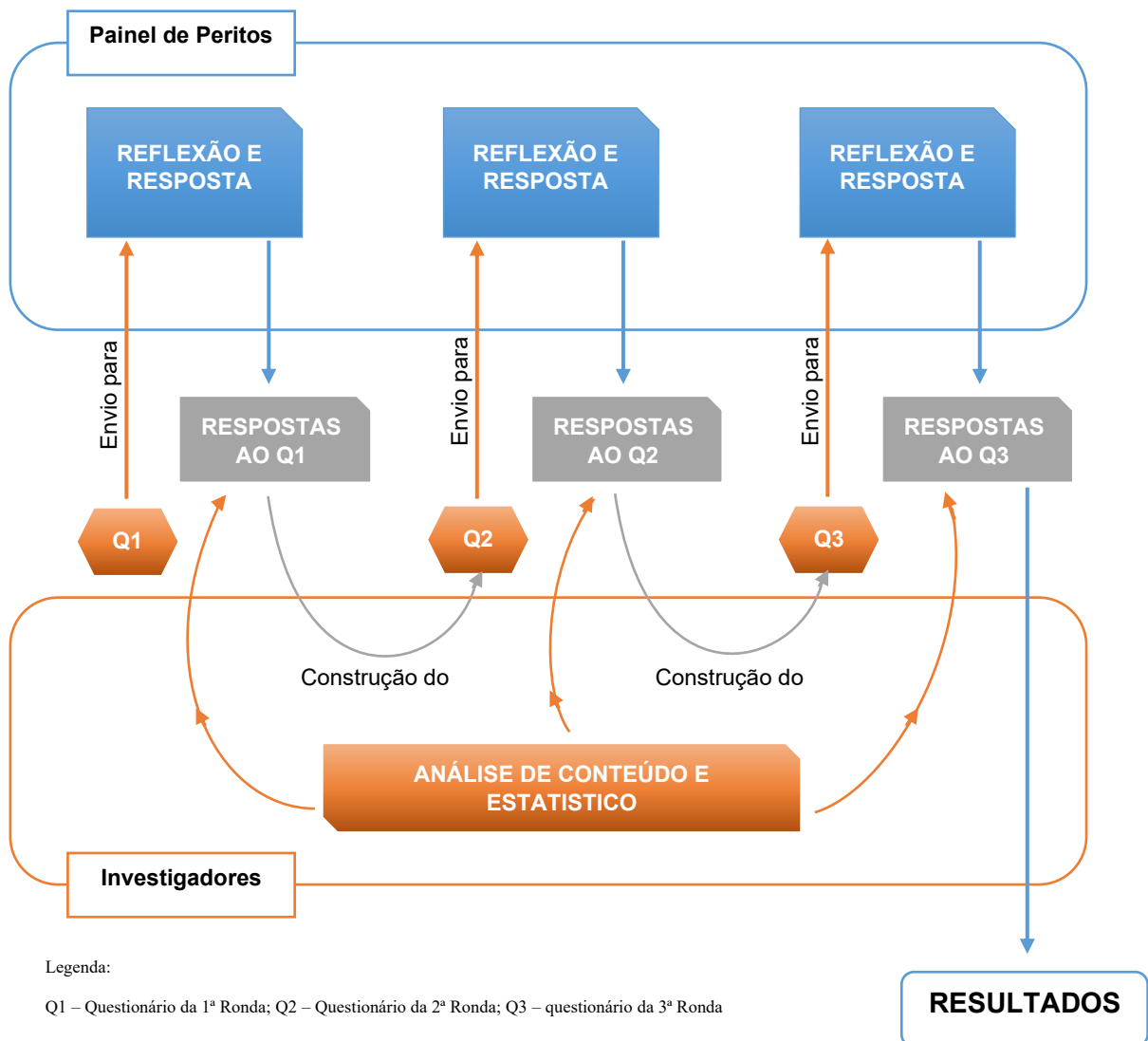


Figura 3 - Processo de implementação do método de Delphi, adaptado de Marques & Freitas (2018)

a) Seleção do Grupo de Peritos

A seleção dos peritos é um passo fundamental no método Delphi. Powell (2003), evidencia na sua revisão sistemática, que a presença de grupos heterogêneos e a inclusão de académicos e profissionais do terreno, tende a produzir soluções de maior qualidade e consenso, para além disso aumenta a diversidade de conhecimento e experiência

partilhada, permitindo produzir novos conhecimentos equilibrados e ricos (Marques & Freitas, 2018).

A definição de peritos não está bem documentada nem definida, podendo-se considerar todo o profissional ou académico com experiência prática ou conhecimento reconhecido na área, através da produção científica, capazes de dar um contributo individual fundamental na obtenção de consenso (Marques & Freitas, 2018; Powell, 2003).

O número de peritos a convidar referenciado na literatura é também bastante variável (Donohoe & Needham, 2009; Marques & Freitas, 2018; Powell, 2003). No entanto, a maioria dos autores é unânime em afirmar que o painel não deve ter menos de 10 elementos e não exceder as dezenas (Marques & Freitas, 2018), isto porque um número reduzido de peritos compromete a relevância do conteúdo obtido pelo consenso e um número elevado de peritos torna a análise e gestão dos dados complexa (Marques & Freitas, 2018).

De salientar que nem todos os peritos participam em todas as rondas, variando entre 35% e os 87%, pelo que o número mínimo será de 30 peritos por painel (Jandhyala, 2020; Romero-Collado, 2021).

b) Questionários e rondas

No que respeita à elaboração dos questionários e às rondas a realizar, é mais aceite pelos autores que o primeiro questionário seja composto por perguntas abertas, permitindo aos peritos expressarem-se livremente sobre o tema em análise e assim garantir maior riqueza nos dados obtidos (Powell, 2003). No entanto, esta não constitui uma regra absoluta, podendo o processo iniciar-se, em alguns casos, com questionários semiestruturados ou fechados logo na primeira ronda, contudo Powell (2003), apresenta algumas críticas a esta alternativa, face ao risco da subjetividade introduzida no processo, ter origem no investigador e não no painel de peritos.

As versões subsequentes dos questionários realizados tendem, em geral, a apresentar um formato mais estruturado, sendo as questões formuladas com base nas respostas obtidas no questionário inicial com recurso a escalas como por exemplo a escala de Likert.

É fundamental também, mesmo sendo um questionário fechado, existir um espaço que permita ao painel de peritos realizar comentários, sugestões de alterações e apresentação de argumentos a favor das suas opiniões (Marques & Freitas, 2018).

O número de rondas segundo o mesmo autor, pode variar entre duas a quatro, não sendo aconselhado um número maior, em virtude do tempo e pelo facto de estudos já realizados demonstrarem a não existência de mudanças de opinião significativas (Kayo & Securato, 1997).

Associado a este facto, é também importante garantir questionários pouco extensos com períodos de resposta não exagerados e rondas desnecessárias, como forma de garantir a participação dos peritos e não fomentar a sua desistência entre rondas (Marques & Freitas, 2018). O uso dos meios tecnológicos é uma mais valia, permitindo dar mais comodidade, rapidez e redução de custos, com análises mais rápidas e eficientes (Kayo & Securato, 1997).

c) Análise de dados e *feedback*

No que se refere à análise dos dados e ao *feedback*, Powell (2003), salienta a importância do mesmo, uma vez que no método de Delphi, é a única forma de comunicação entre os peritos, em que os mesmos têm acesso à informação da ronda anterior, analisada e resumida para apreciação do painel de peritos (Marques & Freitas, 2018).

Por este motivo, os investigadores devem ter especial atenção na síntese dos resultados de cada ronda, garantindo que quaisquer agregações de itens ou temas, sejam devidamente justificadas com base nas opiniões e afirmações individuais do painel de peritos (Marques & Freitas, 2018).

Segundo este autor, a análise deve ser qualitativa na análise de conteúdo e quantitativa quando usadas técnicas de estatística descritiva na procura de relações entre as respostas (Marques & Freitas, 2018).

d) Definição de consenso/ encerramento do estudo

No que respeita à definição de consenso e aos critérios de encerramento do estudo, pode-se afirmar, que as rondas de questionários terminam quando são atingidos os níveis

pretendidos de estabilidade e consenso nas respostas. O consenso é geralmente considerado alcançado quando existe pouca divergência nas respostas relativamente a um determinado item (Marques & Freitas, 2018). Já a estabilidade, caracteriza-se pela ausência de novas contribuições e/ou alterações mínimas nas respostas entre rondas sucessivas (Marques & Freitas, 2018). No entanto, não existem regras rigidamente definidas para a determinação dos critérios de consenso (Powell, 2003).

Diamond et al. (2014), apresentou no seu estudo, uma lista de diferentes definições de consenso, destacando as mais utilizadas nos 72 estudos analisados. A mais utilizada (25 estudos), era a medida de tendência central como a concordância percentual, na qual recorre-se à classificação mediana dos grupos ou à proporção de participantes com o mesmo grau de concordância ($\geq 75\%$). Seguido da tendência central, dentro de um intervalo específico (restrito) ou mais alargado (não restrito).

Em menor uso (4 estudos), são utilizadas medidas formais de concordância, como a estatística de Kappa, o alfa de Cronbach, o coeficiente de correlação intraclass e o coeficiente de Kendall, uma vez que permitiam avaliar a fiabilidade e a consistência entre as opiniões dos diferentes peritos (Diamond et al., 2014).

Outros métodos utilizados num número idêntico ao anterior, incluem a utilização da proporção de respostas dentro de um intervalo definido (restrito ou irrestrito). No entanto são unânimes em afirmar que independentemente da abordagem adotada, os critérios utilizados devem ser sempre definidos antes do início do estudo (Diamond et al., 2014; Silva & Tanaka, 1999).

A literatura metodológica reconhece, contudo, que a definição de consenso deve ser ajustada ao contexto e à natureza do fenómeno em análise. A DPE em doentes críticos constitui uma condição clínica complexa e multifatorial, e no contexto português, o número de peritos com experiência consolidada nesta área é ainda limitado. Neste enquadramento, a adoção de um grau de concordância de 75% revela-se adequada e sustentada, permitindo captar consensos clinicamente significativos e representativos da prática especializada nacional.

Os mesmos autores, Diamond et al., (2014) organizaram um quadro (quadro 2) com os critérios chave que reportem um conjunto de indicadores de qualidade.

Domínio	Questão-Chave	Aplicabilidade
Objetivo do estudo	O estudo visa alcançar consenso ou apenas medir concordância?	Clarificar o propósito metodológico e os resultados esperados.
	Os resultados visam gerar uma lista / declaração de consenso ou apenas quantificar o nível de concordância?	
Participantes	Como serão selecionados ou excluídos os participantes?	Definir critérios de inclusão/exclusão do painel de peritos.
Definição de consenso	Como será definido o consenso?	Especificar indicadores estatísticos e regras de encerramento.
	Qual o limiar necessário para encerrar o estudo?	
	Que critérios determinam o encerramento do estudo Delphi na ausência de consenso?	
Processo Delphi	Existem itens eliminados? Com que critérios?	Quais os critérios a ser utilizados para determinar os itens a eliminar?
	Quando o estudo será encerrado (número fixo de rondas ou estabilização do consenso)?	Esclarecer a gestão de itens e a duração do processo Delphi.

Quadro 2 - Critérios metodológicos chave para estudos Delphi, traduzido e adaptado de Diamond et al. (2014)

Na linha de pensamento de Diamond et al. (2014), p. 406, se *“o objetivo do estudo Delphi é obter consenso, então uma definição clara do que constitui consenso deve ser fornecida a priori, juntamente com valores limite que especifiquem quando o consenso é alcançado. Se os investigadores planeiam quantificar apenas o grau de consenso, mas não têm consenso como critério para interromper o estudo Delphi, tal também deve ser explicitamente declarado”*.

e) Vantagens e desvantagens

Nogueira & Piffer, (2020), identifica um conjunto de vantagens e desvantagens, que se deverão ter em conta no momento de utilizar este método de estudo, no entanto são unânimes em afirmar que a qualidade do mesmo vai depender de um bom planeamento e gestão de todo o processo.

Assim, e tendo como principal característica o anonimato, o método de Delphi permite e promove a igualdade na expressão de opiniões, possibilitando aos participantes liberdade de expressão face a questões críticas ou controversas. Esta característica favorece a espontaneidade e reduz possíveis influências de relações hierárquicas. No entanto, a sua limitação reside no facto de as opiniões expressas durante o preenchimento individual dos questionários poder não refletir de forma aprofundada sobre determinados pontos ou aspetos relevantes por esquecimento.

O *feedback* é outra característica fundamental, ao proporcionar a redução de interferências e a manutenção do centro e objetivos do estudo, permitindo a revisão e o reajuste das opiniões previamente expressas pelos participantes. Contudo, o *feedback* pode condicionar o sucesso ou insucesso de todo o processo, por existir risco de exclusão de pontos de discordância que poderiam ser relevantes.

Outra característica do método de Delphi é a sua flexibilidade, uma vez que, permite através do *feedback*, aos participantes analisar as opiniões, comentários e argumentos dos restantes peritos, permitindo reajustar suas posições. No entanto, conforme a forma como os resultados são apresentados, pode-se inadvertidamente induzir a consensos artificiais, em que os participantes aceitam passivamente a opinião dominante.

O recurso a peritos, garante que os conceitos, juízos e opiniões alinhados são credíveis e alicerçados no conhecimento técnico-científico do grupo. Porém, este aspeto pode também levar a que o consenso seja alcançado de forma demasiado rápida, sem aprofundamento adequado.

No que se refere ao consenso, este favorece a sinergia entre peritos e permite identificar os motivos de divergência de opiniões. Todavia, existe o risco de produzir consensos artificiais, comprometendo a validade dos resultados.

Por fim, a interatividade contribui para um processo não hierárquico, em que as respostas são partilhadas e discutidas, promovendo aprendizagem recíproca e eliminando posições fora do contexto do estudo. Ainda assim, quando realizada em plataformas *online*, esta característica pode ser apontada como uma desvantagem, pois, embora o processo se torne mais rápido e menos dispendioso, a sincronia virtual pode prejudicar a qualidade e profundidade das respostas obtidas.

A escolha por este método assenta na sua maturidade e ampla utilização em saúde para definir consensos, sendo considerada dentro das metodologias de pesquisa qualitativa, uma das mais poderosas técnicas de investigação (Facione, 1990). Como Marques & Freitas (2018) afirmam no seu trabalho, este método possibilita realizar análises profundas da realidade e serve de base para uma melhor compreensão dos fenómenos, permitindo orientar a tomada de decisão informada e assim transformar a realidade tendo por base as opiniões do painel de peritos.

A opção da variante e-Delphi, deve-se ao fato de esta variante utilizar tecnologias de informação e comunicação para conduzir a consulta ao grupo de peritos, tornando todo o processo mais rápido, acessível e eficiente, permitindo também abranger um leque mais amplo de peritos geograficamente distantes, com vantagens no que se concerne à economia de tempo, à redução de custos administrativos e de carga de gestão dos dados recolhidos, uma vez que estes são obtidos de forma digital (Fernandes & Magalhães, 2024).

Desde o seu desenvolvimento nos anos 50 pela *RAND Corporation*, até às suas variantes mais atuais (Dalkey & Helmer, 1963; Niederberger & Spranger, 2020), esta técnica tem-se difundido em diversas áreas de investigação, nomeadamente na saúde e na enfermagem, permitindo o desenvolvimento de orientações para melhores práticas com recurso à inteligência coletiva onde as evidências são escassas e/ou contraditórias (Nasa et al., 2021) e é essencial a obtenção de consensos (Niederberger & Spranger, 2020).

Jünger et al. (2017), numa tentativa de identificar parâmetros de qualidade para conduzir e avaliar estudos Delphi, mesmo que direcionado para cuidados paliativos, propuseram padrões conducting and reporting of delphi studies (CREDES) com um conjunto de etapas bem definidas para alcançar um consenso entre peritos. Esta metodologia, que não foi validada para outras áreas da saúde, inclui os seguintes passos (Jünger et al., 2017):

- Justificação: Explicação da necessidade e importância do estudo;
- Planeamento e Processo: Definição detalhada do plano de estudo e do processo de recolha de dados;
- Definição de Consenso: Estabelecimento dos critérios para a obtenção de consenso entre os peritos;
- *Input* de Informações: Recolha de dados e informações relevantes para o estudo;

- Prevenção de Viés: Implementação de medidas para minimizar a influência de fatores que possam distorcer os resultados;
- Interpretação e Tratamento dos Resultados: Análise e interpretação dos dados recolhidos;
- Validação Externa: Verificação da validade dos resultados através de outras fontes de informação;
- Objetivo e Justificação: Reafirmação do objetivo do estudo e sua justificação;
- Painel de Peritos: Seleção e envolvimento de peritos no campo dos cuidados paliativos;
- Descrição dos Métodos: Apresentação detalhada da metodologia utilizada;
- Procedimento: Descrição passo a passo do processo de recolha de dados;
- Definição e Obtenção de Consenso: Processo específico para alcançar um consenso entre os peritos;
- Resultados: Apresentação dos resultados obtidos;
- Discussão das Limitações: Reconhecimento e discussão das limitações do estudo;
- Adequação das Conclusões: Verificação da adequação das conclusões às evidências apresentadas;
- Publicação e Divulgação: Disseminação dos resultados do estudo.

Já Nasa et al. (2021), mais recentemente, propõe um processo mais simples, composto por quatro etapas (Figura 4):

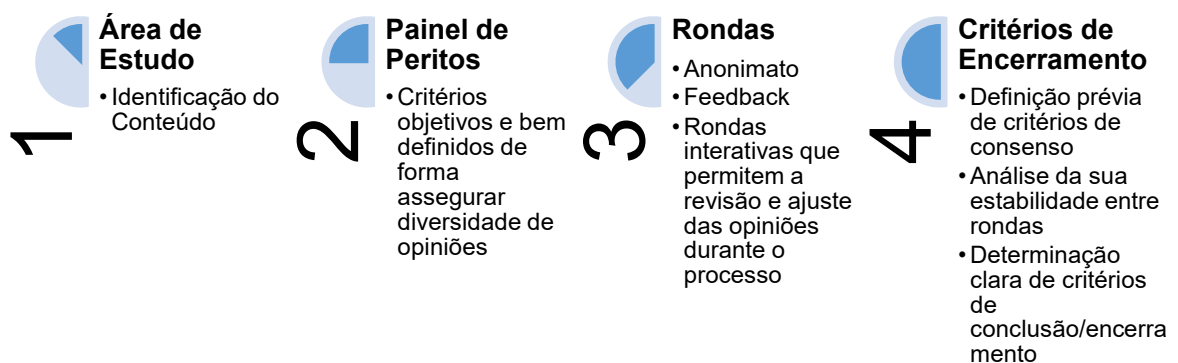


Figura 4 - Avaliação da qualidade dos estudos Delphi, adaptado de Fernandes & Magalhães (2024)

No entanto, considera que independentemente da tipologia das diferentes variantes, o núcleo de características comuns que define e distingue este método dos restantes são segundo (Fernandes & Magalhães, 2024; Marques & Freitas, 2018; Silva & Tanaka, 1999), os seguintes:

- Anonimato;
- *Feedback* das contribuições individuais;
- Construção e apresentação do consenso do grupo como um todo;
- Possibilidade de revisão e alteração de respostas.

Estas são as principais características que distinguem o método de Delphi de um processo comum de sondagem de opinião (Marques & Freitas, 2018).

2.3. POPULAÇÃO E AMOSTRA

A produção científica atual demonstra que todo o doente crítico requer uma abordagem interdisciplinar que envolva diversos profissionais de saúde. Só assim se garantem cuidados holísticos e abrangentes, em que cada especialidade desempenha um papel específico mas complementar às restantes, na recuperação do doente, proporcionando um plano de cuidados integral, coordenado e de alta qualidade (Chagas et al., 2024).

Para tal, foram convidados a participar neste painel de peritos interdisciplinar enfermeiros, EEER, médicos intensivistas, terapeutas da fala, nutricionistas e fisiatras, que desempenhassem funções em UCI. Foram definidos critérios claros de elegibilidade, nomeadamente experiência clínica mínima de cinco anos de experiência clínica relevante em doente crítico, com particular enfoque no doente sob VMI e/ou, com produção científica académica e/ou profissional relevante nesta área.

Como afirmado por vários autores em Marques & Freitas (2018), a definição de especialista não é consensual, dependendo do tema a desenvolver, pelo que valorizou-se de forma equilibrada o conhecimento prático e académico como elementos fundamentais para reforçar a qualidade e robustez do painel.

A identificação e seleção dos peritos para a constituição do painel foi realizada por meio de convites personalizados à participação, utilizando a rede de contactos pessoais dos

investigadores e *e-mails* disponíveis em trabalhos científicos publicados na área (artigos científicos, resumos em conferências e páginas de associações profissionais).

Tratou-se assim de uma amostragem não probabilística intencional, com critérios pré-definidos de elegibilidade (experiência clínica ≥ 5 anos em prestação de cuidados em UCI/ produção científica na área), com (se possível), diversidade geográfica e heterogeneidade (Jünger et al., 2017; Nasa et al., 2021; Niederberger & Spranger, 2020), no sentido de garantir expressividade na obtenção de consenso (Tenny S, Brannan JM, 2022).

Tal como afirmado por Powell (2003), grupos de peritos heterogêneos produzem tendencialmente consensos de maior qualidade e aceitação, para além disso, fornecem um conhecimento mais amplo comparativamente a um grupo homogêneo (Boulkedid et al., 2011; Niederberger & Spranger, 2020). A inclusão de académicos e profissionais de campo, ajuda também a enriquecer o painel de peritos (Grisham, 2009).

Atendendo à heterogeneidade do painel, o objetivo do trabalho e em linha com a literatura atual, definiu-se um tamanho alvo de 15 a 30 peritos, número com previsibilidade de ocorrência de desistências entre rondas. A planificação seguiu as recomendações metodológicas e diretrizes de alguns autores (Dalkey & Helmer, 1963; Fernandes & Magalhães, 2024; Jünger et al., 2017; Marques & Freitas, 2018; Niederberger & Spranger, 2020; Nielsen et al., 2025), privilegiando-se a qualidade e diversidade das contribuições sobre um número indiscriminado da amostra.

Para fomentar a participação e retenção entre rondas, foram usados convites personalizados, cronogramas claros, lembretes faseados e *feedback* estruturado entre rondas, bem como certificado de participação. O recrutamento foi efetuado por correio eletrónico institucional, com consentimento informado e acesso à plataforma *online* onde decorreram as rondas de forma anónima, com interação e *feedback* controlado, conforme boas práticas do método.

2.4. PROCEDIMENTOS DE RECOLHA DE DADOS E VARIÁVEIS EM ESTUDO

Os procedimentos de recolha de dados foram conduzidos de forma sistemática e sequencial, respeitando os princípios metodológicos do método Delphi, de modo a

garantir anonimato, *feedback* controlado e interação entre rondas, assegurando a validade do processo de construção e consensualização do programa de reabilitação.

Em cada ronda, o painel de peritos, de forma individual, recebeu por correio eletrónico, o acesso à plataforma do estudo onde se encontravam:

- Consentimento informado (aceitação de participação no estudo);
- Questionário de caracterização sociodemográfica e profissional (idade, sexo, profissão, tempo de exercício profissional, tempo de experiência profissional com o doente crítico e produção científica na área);
- Questionário estruturado com as afirmações do programa de reabilitação, recorrendo à escala de Likert para determinação do grau de concordância com espaço para texto livre para apresentação de justificação/ argumentação e sugestões adicionais;
- *Feedback* da ronda anterior, quando aplicável.

Todo o processo foi realizado através duma plataforma *online* protegida, sendo o consentimento informado obtido da mesma forma. O tratamento dos dados respeitou integralmente o Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (RGPD) da União Europeia, garantindo confidencialidade, segurança e minimização dos dados pessoais [Regulamento geral sobre proteção de dados (RGPD) da União Europeia (UE), 2016]. O período de recolha de dados foi de 3 semanas por cada ronda, com envio de lembretes semanalmente até encerramento da consulta.

O número de rondas foi definido em função do desenvolvimento do consenso e da estabilidade das respostas. Em linha com a literatura metodológica, foram previstas duas a três rondas, que foram consideradas suficientes para atingir consenso estável, com extensão para uma quarta apenas se os critérios de consenso (ou estabilidade) não fossem alcançados (Fernandes & Magalhães, 2024; Hsu & Sandford, 2007; Keeney et al., 2011; Marques & Freitas, 2018; Nasa et al., 2021; Niederberger & Spranger, 2020).

2.4.1. Primeira e segunda Ronda

Na primeira ronda foi construído um questionário estruturado, tendo por base a literatura e o mapeamento das intervenções identificadas por Oliveira (2024), na sua *scoping review*. As intervenções identificadas foram transformadas num conjunto de afirmações pelo investigador principal, também perito na área dos cuidados intensivos. Cada afirmação foi apreciada de forma individual e anónima numa escala de Likert de concordância (“*Concordo*”, “*Concordo parcialmente*” e “*Não concordo*”). Sempre que o perito seleccionasse “*Concordo parcialmente*” ou “*Não concordo*”, seria requerida de forma obrigatória, mas textualmente livre, a justificação/ argumentação da sua opinião.

No final do questionário, existia também um campo aberto de texto livre para sugestões adicionais, permitindo clarificações ou redução de possíveis mal interpretações, de forma anónima, um princípio fundamental deste método (Fernandes & Magalhães, 2024; Hsu & Sandford, 2007; Marques & Freitas, 2018; Nasa et al., 2021; Niederberger & Spranger, 2020).

A análise dos dados foi realizada em dois componentes:

Uma componente quantitativa, através da utilização de técnicas de estatística descritiva, nomeadamente a percentagem de concordância (% de concordância). De acordo com critérios explícitos de decisão, são mantidas as afirmações com elevado consenso com um nível de concordância (“*Concordo*”) $\geq 75\%$; reformuladas as afirmações que revelaram dispersão/ ambiguidade com um nível de concordância combinada (“*Concordo parcialmente*” + “*Concordo*”) $\geq 75\%$ e eliminadas afirmações com baixo nível de concordância, com uma concordância combinada (“*Concordo parcialmente*” + “*Concordo*”) $< 75\%$.

Na componente qualitativa, foi realizada uma análise de conteúdo às respostas e argumentações apresentadas pelos peritos como forma a permitir uma reformulação de itens entre rondas e a redação final das recomendações.

2.4.2. Terceira e última ronda

Na terceira (e última) ronda, procedeu-se à validação das afirmações quanto a: “*clareza, relevância clínica e aplicabilidade*”, numa escala de Likert de 1 a 5 (sendo 1 – Muito fraco e 5 – Excelente) e à priorização para implementação clínica, também em escala de

Likert de 1 a 5 (sendo 1 - Baixa prioridade e 5 - Prioridade máxima), em linha com as boas práticas desta técnica (Fernandes & Magalhães, 2024; Marques & Freitas, 2018; Nasa et al., 2021; Niederberger & Spranger, 2020).

A separação entre validação de conteúdo e priorização é consistente com recomendações metodológicas para fechar o processo com itens claros, relevantes, aplicáveis e hierarquizados para a prática (Jünger et al., 2017; Nasa et al., 2021; Niederberger & Spranger, 2020).

2.5. ANÁLISE DOS DADOS

Os dados sociodemográficos foram tratados em *software* estatístico *standard* “Jamovi” versão 2.7.6, de acordo com a prática corrente em estudos Delphi em saúde (Fernandes & Magalhães, 2024; Niederberger & Spranger, 2020). Em cada ronda, os resultados foram reenviados ao painel de peritos sob a forma de *feedback* agregado e anónimo, tabelas resultantes das análises quantitativas e qualitativas da ronda anterior, em conformidade com as boas práticas dos estudos Delphi em saúde (Marques & Freitas, 2018; Niederberger & Spranger, 2020).

2.6. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS E DEONTOLÓGICAS

Como afirmado pelo enfermeiro José Amado Martins “*Toda a investigação científica é uma atividade humana de grande responsabilidade ética pelas características que lhe são inerentes. Desde a seleção do problema até à publicação dos resultados*” (Amado Martins, 2008, p. 62). Torna-se assim evidente, a importância do respeito pelos princípios éticos em todas as etapas do processo de investigação.

Nesse designo, foi respeitada toda a propriedade intelectual da produção científica consultada, respeitando a devida referência. Foram também cumpridos todos os procedimentos ético/ legais para a obtenção de consentimento, explícito, livre e devidamente informado, bem como a garantia de anonimato e proteção dos dados (Nunes, 2020). Foi também submetida à comissão de ética o projeto, para aprovação (Anexo I).

A confidencialidade foi garantida através da utilização da plataforma de investigação *online* protegida por palavra-passe da *Microsoft Forms* (<https://forms.office.com/>), sendo

requerido consentimento *online* segundo a lei, condição obrigatória para permitir aceder ao restante inquérito.

Só o investigador principal é que teve acesso à base de dados.

Importa reforçar, que foram respeitadas as recomendações constantes da Declaração de Helsínquia (1960 e respetivas emendas) e da Organização Mundial de Saúde, Convenção de Oviedo e das Boas Práticas Clínicas/ International Council for Harmonisation (BPC/ICH) (International Council for Harmonisation of Technical Requirements for Pharmaceuticals for Human Use, 2025), comprometendo-se a respeitar todas as recomendações da Comissão de Ética e prestar todos os esclarecimentos adicionais necessários.

O relatório final do presente estudo será entregue à Comissão de Ética e haverá participação em eventuais atividades de divulgação dos resultados.

3. RESULTADOS

3.1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA DE PERITOS

Foram obtidas 22 respostas dos 31 convites enviados a peritos, que cumpriam os critérios de inclusão (experiência clínica na avaliação/ tratamento da disfagia ou reabilitação da deglutição comprometida em UCI e no pós-extubação ≥ 5 anos e/ou produção científica na área), correspondendo a uma taxa de aceitação à participação de 71%. A caracterização demográfica e profissional dos participantes é apresentada na tabela 1, englobando variáveis sociodemográficas, profissionais e acadêmicas.

Tabela 1 - Dados demográficos dos Peritos

	Número de PERITOS (n)	22
IDADE	Média (anos)	43,8
	Mediana (anos)	42,5
	Idade Mínima (anos)	32
	Idade Máxima (anos)	64
	Desvio Padrão (anos)	8,6
	Coefficiente de Variação	19,8
SEXO	Sexo Masculino	5
	Sexo Feminino	17
PROFISSÃO	EEER	14
	Fisiatra	3
	Terapeuta da Fala	3
	Enfermeiro(a)	2
TEMPO DE EXERCÍCIO PROFISSIONAL	Média (anos)	21,0
	Mediana (anos)	20,0
	Tempo Mínimo (anos)	10
	Tempo Máximo (anos)	43
	Desvio Padrão (anos)	9,1
TEMPO DE EXPERIÊNCIA COM DOENTES CRÍTICOS	Média (anos)	13,8
	Mediana (anos)	15,0
	Tempo Mínimo (anos)	2*
	Tempo Máximo (anos)	27
	Desvio Padrão (anos)	7,7
PRODUÇÃO CIENTÍFICA	Sim	9
	Não	13

* Com produção científica na área.

3.2. PRIMEIRA RONDA

Foram enviados 31 *e-mails* (Anexo II), e foram obtidas 22 respostas ao questionário. Obteve-se consenso para 6 (seis) afirmações com um nível de concordância (“Concordo”) ≥ 75 %. Foram reformuladas 6 (seis) afirmações que apresentaram dispersão ou ambiguidade, com um nível de concordância (“Concordo Parcialmente + Concordo”) ≥ 75 %. Foi removida 1 (uma) afirmação com baixo consenso, com um nível de concordância (“Concordo Parcialmente + Concordo”) < 75 %.

Segue-se uma tabela-resumo com os principais indicadores estatísticos da 1.^a ronda:

Tabela 2 - Resultado estatístico por questão da 1^o Ronda

<i>Questão número</i>	<i>Afirmação Original</i>	<i>Grau de Concordância</i>			<i>Decisão</i>
		<i>Não Concordo</i>	<i>Concordo Parcialmente</i>	<i>Concordo</i>	
Q1	Todos os doentes submetidos a ventilação mecânica invasiva (VMI) e Intubação Oro Traqueal por mais de 24 horas devem ser submetidos a rastreio sistemático da disfagia, pelo menos uma hora após a extubação e quando reunidas as condições clínicas.	13,64%	22,73%	63,64%	Reformular
Q2	Todos os doentes com rastreio positivo devem ser submetidos a avaliação clínica.	13,64%	9,09%	77,27%	Aceite
Q3	Nos doentes com avaliação clínica sugestiva de disfagia e sempre que existam condições, deve ser realizada avaliação instrumental (videofluoroscopia da deglutição e fibroendoscopia da deglutição).	4,55%	22,72%	72,73%	Reformular
Q4	Todos os doentes com rastreio positivo, deverão ter contemplados no seu processo de cuidados, estratégias compensatórias: adaptação das consistências sólidas e líquidas, higiene oral, ajustamentos posturais; manobras deglutórias e medidas educacionais para deglutição segura.	0,00%	13,64%	86,36%	Aceite
Q5	O programa de reabilitação da pessoa com disfagia pós-extubação, deve-se sustentar em exercícios de fortalecimento muscular.	0,00%	31,82%	68,18%	Reformular
Q6	O programa de reabilitação da pessoa com disfagia pós-extubação, deve incluir exercícios de reabilitação respiratória.	0,00%	27,27%	72,73%	Reformular
Q7	O programa de reabilitação da pessoa com disfagia pós-extubação, deve incluir exercícios vocais.	0,00%	18,18%	81,82%	Aceite
Q8	O programa de reabilitação da pessoa com disfagia pós-extubação, deve incluir neuroestimulação.	0,00%	40,91%	59,09%	Reformular
Q9	O programa de reabilitação da pessoa com disfagia pós-extubação, deve incluir estimulação sensorial.	0,00%	22,73%	77,27%	Aceite

Q10	O programa de reabilitação da pessoa com disfagia pós-extubação, deve incluir terapia oro facial.	0,00%	22,73%	77,27%	Aceite
Q11	O programa de reabilitação da pessoa com disfagia pós-extubação, deve incluir massagem das glândulas salivares.	27,27%	22,73%	50,00%	Rejeitada
Q12	O programa de reabilitação da pessoa com disfagia pós-extubação, deve incluir exercícios de amplitude dos movimentos da cervical.	0,00%	18,18%	81,82%	Aceite
Q13	A telerreabilitação poderá ser utilizada para promover a continuidade dos cuidados da pessoa com disfagia pós-extubação.	13,64%	22,73%	63,64%	Reformular

Tabela 3 - Principais comentários / sugestões da 1ª ronda

Questão número	Afirmação Original	Comentários / Sugestões
Q1	Todos os doentes submetidos a ventilação mecânica invasiva (VMI) e intubação oro traqueal (EOT) por mais de 24 horas devem ser submetidos a rastreio sistemático da disfagia, pelo menos uma hora após a extubação e quando reunidas as condições clínicas.	<p><i>"Dependendo de fatores como idade e de outras comorbilidades deverá ser dado um intervalo de tempo maior, a literatura defende com maior segurança após 8h de extubação"</i></p> <p><i>"O termo "pelo menos 1 hora após-extubação" pode causar alguma confusão. O rastreio pode ser aplicado a partir de 1h após-extubação e sempre que reúna as condições necessárias?"</i></p> <p><i>"poderá ser pertinente realizar o rastreio da disfagia após 24h após-extubação e mediante critérios de segurança".</i></p> <p><i>... "pela minha experiência este timing é muito curto pois alguns doentes ainda estão na fase de gestão de saliva/ secreções e muitas vezes manifestam odinofagia".</i></p> <p><i>"Devem ser esperadas 24h pós-extubação."</i></p> <p><i>"Da experiência que tenho, é mais notório após 48 a 72h, nas primeiras 24h, só se tiver antecedentes que justifique."</i></p>
Q3	Nos doentes com avaliação clínica sugestiva de disfagia e sempre que existam condições, deve ser realizada avaliação instrumental (videofluoroscopia da deglutição e fibroendoscopia da deglutição).	<p><i>"Infelizmente o tipo de avaliação instrumental não está disponível na maioria dos hospitais."</i></p> <p><i>"Após uma avaliação clínica (da deglutição), concluindo-se a presença de disfagia, nem todos os doentes necessitarão de uma avaliação instrumental. É também preciso ter em conta os custos em saúde inerentes a procedimentos desnecessários."</i></p>
Q5	O programa de reabilitação da pessoa com disfagia pós-extubação, deve-se sustentar em exercícios de fortalecimento muscular.	<p><i>"...depende de doente para doente, não existem exercícios universais, cada doente tem as suas especificidades e tolerância."</i></p> <p><i>...alguns doentes podem beneficiar deste tipo de exercícios. Não podemos dizer que todos beneficiam. "</i></p> <p><i>"Preconizar um conjunto de exercícios a executar por todos os doentes com disfagia pós-extubação não me parece o mais correto/producente."</i></p> <p><i>"Deve ser enquadrado de acordo com as necessidades do paciente."</i></p>
Q6	O programa de reabilitação da pessoa com disfagia pós-extubação, deve incluir exercícios de reabilitação respiratória.	<p><i>"...deve contemplar, mas sempre avaliação individual e de acordo com as especificidades de cada doente."</i></p> <p><i>"Exercícios, independentemente se de reabilitação respiratória ou outro(s), devem surgir após uma avaliação clínica..."</i></p> <p><i>"Preconizar um conjunto de exercícios a executar por todos os doentes com disfagia pós-extubação não me parece o mais correto/producente."</i></p>

		<p><i>"Dependendo do estado clínico funcional e doença base. Não é para todos nem sempre. Carece de avaliação."</i></p>
Q8	O programa de reabilitação da pessoa com disfagia pós-extubação, deve incluir neuroestimulação.	<p><i>"A literatura existente não mostra evidências claras no uso de neuroestimulação"</i></p> <p><i>"PODE (não DEVE) incluir se a pessoa reunir critérios e se beneficiar deste tipo de procedimento."</i></p> <p><i>"Não há evidência em todos os doentes. Para alguns há até contraindicações. Deve ser avaliado caso a caso."</i></p> <p><i>"...não existe evidência científica para apoiar a nossa prática."</i></p>
Q11	O programa de reabilitação da pessoa com disfagia pós-extubação, deve incluir massagem das glândulas salivares.	<p><i>"Não reconheço essa técnica como necessária no contexto de reabilitação ao doente com disfagia."</i></p> <p><i>"efetuar massagem às glândulas salivares irá promover o aumento, agravando a situação."</i></p> <p><i>"Não conheço massagem das glândulas. Conheço procedimentos farmacológicos (atropina, escopolamina,...) toxina botulínica e cirurgia as glândulas quando a sialorreia é moderada / severa e compromete a componente respiratória."</i></p> <p><i>"Desconheço esta técnica."</i></p> <p><i>"Não há evidência, nem base fisiopatológica."</i></p>
Q13	A telerreabilitação poderá ser utilizada para promover a continuidade dos cuidados da pessoa com disfagia pós-extubação.	<p><i>"Não considero a telerreabilitação eficaz neste contexto."</i></p> <p><i>"Numa fase mais avançada e não em Cuidados intensivos."</i></p> <p><i>"Apenas enquanto follow-up."</i></p> <p><i>"Penso que a presença física do enfermeiro não substitui a tele reabilitação nesta área."</i></p>
SUGESTÕES ADICIONAIS		<p><i>"Trabalho interdisciplinar."</i></p> <p><i>"Importância do trabalho em equipa..."</i></p> <p><i>"... incluído equipa médica, enfermagem e terapia da fala... que se complementam, permitindo otimização e sucesso da reabilitação... Não esquecendo equipa de nutrição, fisioterapia entre outros, que assumem papel preponderante em todo o processo do doente."</i></p> <p><i>"Os programas de reabilitação da deglutição devem ser individualizados e estabelecidos de acordo com os achados na avaliação clínica e instrumental."</i></p> <p><i>"Programas interdisciplinares dirigidos, estruturados, individuais e ajustados à real necessidade do doente serão sempre os mais produtivos e menos penosos no que ao custo hospitalar respeita."</i></p> <p><i>"A Posturologia, a posição habitual do corpo no momento da alimentação e avaliação"</i></p> <p><i>"... é fundamental o ensino a todos os profissionais e familiares que cuidam e rodeiam o doente..."</i></p>

Foram assim enviadas para o painel de peritos para a segunda ronda, 2 (duas) novas afirmações, que emergiram da opinião/ sugestão do painel de peritos, 5 (cinco) afirmações reformuladas, das quais 1 (uma) é o resultado da fusão de 2 (duas) afirmações da 1ª ronda. Estas novas afirmações foram acompanhadas de informações adicionais, justificando a reformulação.

3.3. SEGUNDA RONDA

Foram enviados 31 *e-mails* (Anexo III), ao painel de peritos com toda a informação necessária para a 2.^a ronda, incluindo o *feedback* da 1.^a ronda e a versão reformulada das afirmações. Foram obtidas 20 respostas ao questionário. Obteve-se consenso para 7 (sete) afirmações com um nível de concordância (“Concordo”) $\geq 75\%$.

Segue-se uma tabela-resumo com os principais indicadores estatísticos da 2.^a ronda:

Tabela 4 - Resultado estatístico por questão da 2ª Ronda

Questão número	Afirmação Original	Grau de Concordância			Decisão
		Não Concordo	Concordo Parcialmente	Concordo	
2Q1	Todos os doentes submetidos a ventilação mecânica invasiva (VMI) e intubação oro traqueal (EOT) por mais de 24 horas devem ser submetidos a rastreio sistemático da disfagia, a partir de uma hora após a extubação e quando reunidas as condições clínicas de segurança.	05%	20%	75%	Aceite
2Q2	Nos doentes com avaliação clínica sugestiva de disfagia, deve ser considerada a realização de avaliação instrumental da deglutição (nomeadamente videofluoroscopia ou fibroendoscopia), sempre que a avaliação clínica isolada não se revele conclusiva ou quando for necessária a obtenção de dados objetivos que orientem a intervenção terapêutica.	0%	0%	100%	Aceite
2Q3	O programa de reabilitação da pessoa com disfagia pós-extubação deve ser estruturado com base numa avaliação individualizada, podendo incluir exercícios de fortalecimento muscular e/ou reabilitação respiratória, desde que clinicamente indicados e integrados num plano terapêutico adaptado ao perfil funcional do doente.	0%	0%	100%	Aceite
2Q4	A inclusão de técnicas de neuroestimulação no programa de reabilitação da pessoa com disfagia pós-extubação pode ser considerada apenas quando clinicamente indicada, com base numa avaliação especializada e fundamentada em critérios bem definidos, tendo em conta o perfil do doente e a evidência científica disponível.	0%	5%	100%	Aceite
2Q5	A telerreabilitação pode ser considerada como uma opção complementar para promover a continuidade dos cuidados da pessoa com disfagia pós-extubação, especialmente em fases posteriores à unidade de	5%	20%	75%	Aceite

2Q6	<p>cuidados intensivos, desde que clinicamente adequada ao perfil funcional e cognitivo do doente.</p> <p>O cuidado à pessoa com disfagia pós-extubação deve contemplar, sempre que clinicamente relevante, fatores como a postura durante a refeição, a higiene oral, a apresentação visual dos alimentos, bem como o controlo da dor e da saliva, considerando o seu impacto na segurança e eficácia da deglutição.</p> <p>A capacitação dos cuidadores informais deve ser promovida como parte integrante do cuidado à</p>	0%	5%	95%	Accite
2Q7	<p>pessoa com disfagia pós-extubação, com o objetivo de melhorar a segurança alimentar, a adesão às estratégias compensatórias e a continuidade dos cuidados no domicílio.</p>	0%	5%	95%	Accite

Tabela 5 - Principais comentários / sugestões da 2ª ronda

Questão número	Afirmação Original	Comentários / Sugestões
2Q1	Todos os doentes submetidos a ventilação mecânica invasiva (VMI) e intubação oro traqueal (EOT) por mais de 24 horas devem ser submetidos a rastreio sistemático da disfagia, a partir de uma hora após a extubação e quando reunidas as condições clínicas de segurança.	<p>“Considero que 1 hora após-extubação é demasiado precoce...” “...Seria prudente, e de acordo com as características específicas de cada população de doentes...” “...certificar que estão asseguradas as condições de segurança, dado o elevado risco de aspiração (inclusive a silenciosa).”</p> <p>“Com tempos de intubação superior a 24/48 ocorrem alterações da sensibilidade, entre outras alterações, pelo que 1h parece-me ser um período muito curto...”</p>
2Q2	Nos doentes com avaliação clínica sugestiva de disfagia, deve ser considerada a realização de avaliação instrumental da deglutição (nomeadamente videofluoroscopia ou fibroendoscopia), sempre que a avaliação clínica isolada não se revele conclusiva ou quando for necessária a obtenção de dados objetivos que orientem a intervenção terapêutica.	
2Q3	O programa de reabilitação da pessoa com disfagia pós-extubação deve ser estruturado com base numa avaliação individualizada, podendo incluir exercícios de fortalecimento muscular e/ou reabilitação respiratória, desde que clinicamente indicados e integrados num plano terapêutico adaptado ao perfil funcional do doente.	
2Q4	A inclusão de técnicas de neuroestimulação no programa de reabilitação da pessoa com disfagia pós-extubação pode ser considerada apenas quando clinicamente indicada, com base numa avaliação especializada e fundamentada em critérios bem definidos, tendo em conta o perfil do doente e a evidência científica disponível.	<p>“A evidência científica atual não é suficientemente robusta ao ponto de nos permite afirmar que existem ganhos em saúde na utilização de técnicas de Neura estimulação na reabilitação da pessoa com disfagia.”</p>

2Q5	A telerreabilitação pode ser considerada como uma opção complementar para promover a continuidade dos cuidados da pessoa com disfagia pós-extubação, especialmente em fases posteriores à unidade de cuidados intensivos, desde que clinicamente adequada ao perfil funcional e cognitivo do doente.	<p><i>"Considero a Tele reabilitação pouco eficaz no processo de reabilitação do doente com disfagia."</i></p> <p><i>"A telerreabilitação poderia, eventualmente, ser uma opção em contexto pós alta hospitalar, para seguimento do doente no domicílio, tendo sempre em consideração a condição funcional e cognitiva do doente."</i></p> <p><i>"Recursos humanos"</i></p>
2Q6	O cuidado à pessoa com disfagia pós-extubação deve contemplar, sempre que clinicamente relevante, fatores como a postura durante a refeição, a higiene oral, a apresentação visual dos alimentos, bem como o controlo da dor e da saliva, considerando o seu impacto na segurança e eficácia da deglutição.	
2Q7	A capacitação dos cuidadores informais deve ser promovida como parte integrante do cuidado à pessoa com disfagia pós-extubação, com o objetivo de melhorar a segurança alimentar, a adesão às estratégias compensatórias e a continuidade dos cuidados no domicílio.	<p><i>"...capacitação será mais entre pares do que entre cuidadores informais."</i></p>
SUGESTÕES ADICIONAIS		<p><i>"Penso que faz sentido, pensar-se de que forma se delega nos outros profissionais a alimentação destes doentes..."</i> <i>"...Auditoria e supervisão de cuidados nas estratégias compensatórias e consistências."</i></p> <p><i>"A própria escala guss-icu apresenta algumas limitações à sua aplicação."</i></p>

3.4. TERCEIRA (E ÚLTIMA) RONDA

Foram enviados 31 e-mails (Anexo IV), ao painel de peritos com toda a informação necessária para a 3.^a ronda, incluindo o *feedback* da 2.^a ronda e a versão final das afirmações.

Esta terceira e última ronda, teve como objetivo a validação formal das afirmações consensualizadas ao longo das duas primeiras rondas deste estudo (tabela 6), quanto à sua clareza (se a redação é objetiva, compreensível e não ambígua), relevância clínica (se tem impacto direto na segurança, eficácia ou qualidade dos cuidados) e aplicabilidade (se as afirmações podem ser postas em prática no contexto real dos serviços de saúde - UCI).

Foi adicionalmente solicitado que indicasse também o grau de prioridade para implementação prática de cada afirmação.

Tabela 6 - Lista de afirmações finais

<i>Questão número</i>	<i>Afirmação Final</i>
2Q1	Todos os doentes submetidos a ventilação mecânica invasiva (VMI) e intubação oro traqueal (EOT) por mais de 24 horas devem ser submetidos a rastreio sistemático da disfagia, a partir de uma hora após a extubação e quando a condição clínica do doente permita realizar o rastreio em segurança.
Q2	Todos os doentes com rastreio positivo devem ser submetidos a avaliação clínica.
2Q2	Nos doentes com avaliação clínica sugestiva de disfagia, deve ser considerada a realização de avaliação instrumental da deglutição (nomeadamente videofluoroscopia ou fibroendoscopia), sempre que a avaliação clínica isolada não se revele conclusiva ou quando for necessária a obtenção de dados objetivos que orientem a intervenção terapêutica.
Q4	Todos os doentes com rastreio positivo, deverão ter contemplados no seu processo de cuidados, estratégias compensatórias: adaptação das consistências sólidas e líquidas, higiene oral, ajustamentos posturais; manobras deglutórias e medidas educacionais para deglutição segura.
2Q3	O programa de reabilitação da pessoa com disfagia pós-extubação deve ser estruturado com base numa avaliação individualizada, podendo incluir exercícios de fortalecimento muscular e/ou reabilitação respiratória, desde que clinicamente indicados e integrados num plano terapêutico adaptado ao perfil funcional do doente.
Q7	O programa de reabilitação da pessoa com disfagia pós-extubação, deve incluir exercícios vocais.
2Q4	A inclusão de técnicas de neuroestimulação no programa de reabilitação da pessoa com disfagia pós-extubação pode ser considerada apenas quando clinicamente indicada, com base numa avaliação especializada e fundamentada em critérios bem definidos, tendo em conta o perfil do doente e a evidência científica disponível.
Q9	O programa de reabilitação da pessoa com disfagia pós-extubação, deve incluir estimulação sensorial.
Q10	O programa de reabilitação da pessoa com disfagia pós-extubação, deve incluir terapia oro facial.
Q12	O programa de reabilitação da pessoa com disfagia pós-extubação, deve incluir exercícios de amplitude dos movimentos da cervical.
2Q5	A telerreabilitação pode ser considerada como uma opção complementar para promover a continuidade dos cuidados da pessoa com disfagia pós-extubação, especialmente na transição do doente para a comunidade, desde que clinicamente adequada ao perfil funcional e cognitivo do doente.
2Q6	O cuidado à pessoa com disfagia pós-extubação deve contemplar, sempre que clinicamente relevante, fatores como a postura durante a refeição, a higiene oral, a apresentação visual dos alimentos, bem como o controlo da dor e da saliva, considerando o seu impacto na segurança e eficácia da deglutição.
2Q7	A capacitação dos cuidadores informais deve ser promovida como parte integrante do cuidado à pessoa com disfagia pós-extubação, com o objetivo de melhorar a segurança alimentar, a adesão às estratégias compensatórias e a continuidade dos cuidados no domicílio.

Foram obtidas 16 respostas ao questionário. Segue-se uma tabela-resumo com os principais indicadores estatísticos da validação das afirmações da 3.^a e última ronda:

Tabela 7 - Validação das afirmações finais

<i>Questão Número</i>	<i>Média Clareza</i>	<i>Média Relevância Clínica</i>	<i>Média Aplicabilidade</i>	<i>Desvio Padrão Clareza</i>	<i>Desvio Padrão Relevância Clínica</i>	<i>Desvio Padrão Aplicabilidade</i>
2Q1	4,63	4,69	4,38	1,02	1,01	1,09
Q2	4,88	4,81	4,31	0,34	0,40	0,87
2Q2	4,69	4,81	3,63	1,01	0,40	1,09
Q4	4,69	4,63	4,31	0,79	1,02	0,95
2Q3	5,00	4,94	4,69	0,00	0,25	0,70
Q7	4,75	4,50	4,19	0,68	0,73	0,83
2Q4	4,38	4,13	3,50	1,15	1,02	1,15
Q9	4,81	4,69	4,44	0,54	0,60	0,89
Q10	4,63	4,38	4,25	1,09	1,09	1,13
Q12	4,56	4,69	4,50	0,96	0,60	0,73
2Q5	4,50	4,38	3,38	1,03	1,02	1,20
2Q6	4,94	4,81	4,56	0,25	0,40	0,51
2Q7	4,69	4,63	4,38	0,60	0,50	0,62

Tabela 8 - Grau de prioridade para implementação prática de cada afirmação

<i>Código</i>	<i>N</i>	<i>Média</i>	<i>Mediana</i>	<i>Moda</i>	<i>Desvio Padrão</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>
2Q1	16	4,94	5,0	5,0	0,25	4	5
Q2	16	4,94	5,0	5,0	0,25	4	5
2Q2	16	4,31	5,0	5,0	1,08	1	5
Q4	16	4,75	5,0	5,0	0,447	4	5
2Q3	16	4,75	5,0	5,0	0,447	4	5
Q7	16	4,44	4,5	5,0	0,629	3	5
2Q4	16	3,63	4,0	4,0	1,09	1	5
Q9	16	4,25	4,0	4,0	0,577	3	5
Q10	16	4,44	5,0	5,0	0,727	3	5
Q12	16	4,38	4,5	5,0	0,719	3	5
2Q5	16	4,0	4,0	4,0	1,03	1	5
2Q6	16	4,69	5,0	5,0	0,479	4	5
2Q7	16	4,5	5,0	5,0	0,632	3	5

3.5. APRESENTAÇÃO DOS PRINCIPAIS ACHADOS

Os dados recolhidos neste estudo, evidenciaram um elevado nível de concordância em torno das afirmações centrais do programa, destacando-se ainda a priorização de algumas afirmações associadas ao rastreio estruturado e à avaliação clínica especializada. A

análise que se segue apresenta, de forma integrada, os principais achados resultantes da avaliação estatística das respostas.

a) Clareza

A maioria das afirmações obteve médias superiores a 4,50, com destaque para 2Q3 (5,0) e 2Q6 (4,94), ambas sem dispersão e Q2 e Q9 com 4,88 e 4,81, respetivamente com reduzida dispersão.

A menor média foi 2Q4 com 4,38 (ainda assim elevada, mas com maior dispersão de 1,15).

b) Relevância Clínica

As afirmações com maior média de relevância foram a 2Q3 com 4,94; 2Q6 e Q2 com 4,81. 2Q2, Q9, Q12: entre 4,81 e 4,69.

A menor média foi 2Q4 com 4,13.

c) Aplicabilidade

Afirmações com aplicabilidade mais elevada fora 2Q3 com 4,69; 2Q6 com 4,56 e Q12 com 4,50.

As afirmações com menores médias de aplicabilidade, foram 2Q5 com 3,38; 2Q4 com 3,50 e 2Q2 com 3,63.

Relativamente à priorização das afirmações finais em contexto clínico, a mesma encontra-se explanada na tabela 9.

Tabela 9 - Priorização das afirmações finais

<i>Questão número</i>	<i>Afirmação Final</i>	<i>Média de Prioridade</i>
2Q1	Todos os doentes submetidos a ventilação mecânica invasiva (VMI) e intubação oro traqueal (EOT) por mais de 24 horas devem ser submetidos a rastreio sistemático da disfagia, a partir de uma hora após a extubação e quando a condição clínica do doente permita realizar o rastreio em segurança.	4.94
Q2	Todos os doentes com rastreio positivo devem ser submetidos a avaliação clínica.	4.94
Q4	Todos os doentes com rastreio positivo, deverão ter contemplados no seu processo de cuidados, estratégias compensatórias: adaptação das consistências sólidas e líquidas, higiene oral, ajustamentos posturais; manobras deglutórias e medidas educacionais para deglutição segura.	4.75
2Q3	O programa de reabilitação da pessoa com disfagia pós-extubação deve ser estruturado com base numa avaliação individualizada, podendo incluir exercícios de fortalecimento muscular e/ou reabilitação respiratória, desde que clinicamente indicados e integrados num plano terapêutico adaptado ao perfil funcional do doente.	4.75
2Q6	O cuidado à pessoa com disfagia pós-extubação deve contemplar, sempre que clinicamente relevante, fatores como a postura durante a refeição, a higiene oral, a apresentação visual dos alimentos, bem como o controlo da dor e da saliva, considerando o seu impacto na segurança e eficácia da deglutição.	4.69
2Q7	A capacitação dos cuidadores informais deve ser promovida como parte integrante do cuidado à pessoa com disfagia pós-extubação, com o objetivo de melhorar a segurança alimentar, a adesão às estratégias compensatórias e a continuidade dos cuidados no domicílio.	4.5
Q7	O programa de reabilitação da pessoa com disfagia pós-extubação, deve incluir exercícios vocais.	4.44
Q10	O programa de reabilitação da pessoa com disfagia pós-extubação, deve incluir terapia oro facial.	4.44
Q12	O programa de reabilitação da pessoa com disfagia pós-extubação, deve incluir exercícios de amplitude dos movimentos da cervical.	4.38
2Q2	Nos doentes com avaliação clínica sugestiva de disfagia, deve ser considerada a realização de avaliação instrumental da deglutição (nomeadamente videofluoroscopia ou fibroendoscopia), sempre que a avaliação clínica isolada não se revele conclusiva ou quando for necessária a obtenção de dados objetivos que orientem a intervenção terapêutica.	4.31
Q9	O programa de reabilitação da pessoa com disfagia pós-extubação, deve incluir estimulação sensorial.	4.25
2Q5	A telerreabilitação pode ser considerada como uma opção complementar para promover a continuidade dos cuidados da pessoa com disfagia pós-extubação, especialmente na transição do doente para a comunidade, desde que clinicamente adequada ao perfil funcional e cognitivo do doente.	4.0
2Q4	A inclusão de técnicas de neuroestimulação no programa de reabilitação da pessoa com disfagia pós-extubação pode ser considerada apenas quando clinicamente indicada, com base numa avaliação especializada e fundamentada em critérios bem definidos, tendo em conta o perfil do doente e a evidência científica disponível.	3.63

4. DISCUSSÃO

A realização deste estudo de Delphi, permitiu conceber um conjunto de afirmações operacionalizáveis num programa de reabilitação da pessoa com DCPE, validadas quanto à sua clareza, relevância clínica e aplicabilidade. Permitiu ainda a sua hierarquização em função da sua prioridade em relação à sua implementação na prática clínica.

Os achados vão de encontro à mais recente evidência científica internacional, que tem documentado a elevada incidência e carga clínica da DCPE na UCI e o benefício de rotinas devidamente estruturadas/ protocoladas de rastreio, avaliação e intervenção, agora adaptadas ao contexto nacional (Niederberger & Spranger, 2020; Oliveira, 2024; Zuercher et al., 2019).

No que se refere em particular à relevância dada pelos peritos ao rastreio sistemático em doentes submetidos a $VMI \geq 24$ h, esta decorre do risco acrescido de aspiração, pneumonia, atraso no reinício da alimentação e hidratação oral e prolongamento do internamento, descritos na literatura atual (Zuercher et al., 2019).

Um estudo recente realizado em doentes neurocríticos revelou que a avaliação sistemática da deglutição levou a alterações significativas na via de alimentação previamente estabelecida pela equipa médica, com impacto direto na segurança alimentar e no prognóstico funcional (Reitz et al., 2024). Adicionalmente, o rastreio precoce demonstrou reduzir a incidência de pneumonia em doentes neurológicos críticos, evidenciando uma correlação significativa entre disfunção deglutória não identificada e complicações infecciosas respiratórias (Chang et al., 2022).

Estas evidências sustentam a adoção de rastreios estruturados como prática clínica essencial em UCI, promovendo a deteção precoce de disfunção e a implementação atempada de medidas protetoras, como dietas adaptadas ou alimentação enteral, com impacto na segurança clínica e na eficiência dos cuidados.

Quanto ao *timing* do rastreio, a literatura consultada, recomenda uma abordagem precoce, realizada ainda no pós-extubação imediato, seguido de uma avaliação clínica realizada por especialistas até 24 h (Couto, 2024; Oliveira, 2024; Troll et al., 2023; Zuercher et al., 2019). Contudo, na prática observam-se algumas divergências entre peritos, refletindo a inconsistência existente entre as diferentes UCI, onde são frequentemente adotadas

janelas de 24 a 48 h, sobretudo em contexto com menores recursos materiais ou equipas menos experientes para maximizar a segurança clínica do doente crítico. Estas divergências, também descritas na literatura, traduzem a coexistência de diferentes protocolos e práticas clínicas, não comprometendo o rigor do consenso obtido, mas antes evidenciando a influência do contexto organizacional e da experiência profissional na tomada de decisão (Bertschi et al., 2025; McIntyre et al., 2021; Mpouzika et al., 2023).

A capacitação dos profissionais de saúde e a implementação de protocolos do rastreio da disfagia, são pontos fundamentais do programa de reabilitação. A GUSS-ICU, apresenta validade, fiabilidade e características operacionais adequadas para o rastreio à cabeceira em pós-extubação, devendo ser aplicada por profissionais de saúde devidamente treinados e articulados com uma avaliação clínica especializada e sempre que possível complementar com uma avaliação instrumental (FEES e/ ou VFSS da deglutição), para confirmação diagnóstica e definição precisa do plano terapêutico de intervenção (Couto, 2024; Oliveira, 2024; Troll, 2022; Troll et al., 2023).

Várias vezes salientado durante as diferentes rondas, o painel de peritos enfatizou a importância de o programa de reabilitação ser individualizado, refletindo a real situação clínica do doente crítico, as comorbilidades e atendendo à sua evolução clínica. A necessidade de uma abordagem individualizada nos programas de reabilitação para doentes críticos adultos tem vindo a ser fortemente apoiada pela literatura científica atual.

Os doentes em UCI desenvolvem frequentemente fraqueza muscular, que está associada a piores resultados funcionais, maior tempo de ventilação mecânica, prolongamento do internamento e aumento da mortalidade. Neste contexto, intervenções de reabilitação física precoce demonstram potencial terapêutico, mas a sua eficácia depende fortemente da adequação ao estado clínico específico, incluindo a presença de comorbilidades e a evolução fisiológica da pessoa (Hiser et al., 2025).

De facto, uma abordagem uniforme ignora a variabilidade clínica destes doentes, podendo resultar em intervenções ineficazes ou até prejudiciais. A literatura também destaca que a adaptação do plano de reabilitação à evolução clínica, com base na monitorização contínua de sinais vitais, estado neuromuscular e funcionalidade, permite otimizar os benefícios da intervenção e minimizar riscos, como lesões induzidas pelo exercício ou descompensações orgânicas (Li et al., 2025).

Assim, torna-se evidente que a individualização da reabilitação, que leve em conta comorbidades relevantes (como a insuficiência cardíaca ou a diabetes) e oscilações clínicas, é uma estratégia essencial para promover a recuperação funcional e a alta segura destes doentes.

No que se refere à utilização de tecnologias emergentes, nomeadamente a neuroestimulação, a evidência apresentada indica que estamos perante uma tecnologia promissora, mas sem evidência para os seus benefícios no doente crítico, exigindo estudos adicionais antes da sua implementação de forma rotineira na UCI (Araújo et al., 2021; Everaert et al., 2025; Liu et al., 2024; Suntrup-Krueger et al., 2025). Este poderá ser um dos fatores que contribuiu para a menor priorização por parte dos peritos.

A telerreabilitação surge como um ativo potencial, sobretudo na fase do pós-alta da UCI em programas domiciliários bem estruturados e apoiados por uma equipa interdisciplinar, existindo, no entanto, barreiras organizacionais, tecnológicas e de literacia digital que dificultam o acesso deste tipo de instrumentos. As expansões das consultas de *follow-up* podem amenizar desigualdades de acesso ao acompanhamento de cuidados diferenciados, ampliando o seu alcance e melhorando os resultados (Soyama et al., 2023; Ward et al., 2022; Yang et al., 2023).

Finalmente, o presente estudo realça a importância do envolvimento ativo do doente e da família/ cuidadores informais ao longo de todo o processo de reabilitação, desde o delineamento dos objetivos à educação para a segurança alimentar, alinhando-se com as orientações internacionais centradas no doente/ família/ cuidador informal e o acompanhamento no pós-alta em consultas de *follow-up* (Renner et al., 2023).

Numa perspetiva teórico-conceitual, alinham-se de forma coerente com o modelo de adaptação de Roy et al. (2009) e com a teoria das transições de Meleis (2010), pois, ambos abordam a resposta do indivíduo às mudanças.

A primeira foca-se na adaptação nos quatro modos (fisiológico/ físico, autoconceito/ identidade, função de papéis e interdependência), operacionalizada através de intervenções de reabilitação que visam manter/ recuperar a integridade, ou seja, “*como intervir*” (identifica estímulos que possam dificultar a adaptação/ recuperação, orientando intervenções como, rastreio precoce, treinos de deglutição, treinos respiratórios, ajuste da dieta quanto à texturas e educação, que permitam promover uma transição segura).

A segunda centra-se na experiência do indivíduo ao longo da transição saúde/ doença e na procura do equilíbrio, apoiada por rastreio/ avaliação precoce e por educação do indivíduo/ família, promovendo uma transição segura na reintrodução da alimentação e hidratação oral, na transferência/ alta e no seguimento em consulta de *follow-up*, ou seja, o “*quando e com quem*”. Assim, a priorização do rastreio precoce, da individualização dos cuidados e da continuidade após a alta, traduz na prática, estes referenciais, conferindo consistência científica e prática à sua implementação em UCI (Meleis, 2010; Roy et al., 2009).

4.1. LIMITAÇÕES DO ESTUDO E SUGESTÕES PARA INVESTIGAÇÃO FUTURA

A reflexão sobre as limitações deste estudo, podem ser estruturadas em 3 pontos principais: o painel de peritos e a sua representatividade, uma vez que apesar da sua dimensão ser considerada adequada ao método Delphi, (Niederberger & Spranger, 2020; Powell, 2003), a generalidade dos achados permanece limitada e dependente da experiência e profissão dos participantes, com predominância de EEER e uma menor representatividade de outras profissões, tais como Fisiatras, Terapeutas da fala e Enfermeiros de cuidados gerais, podendo sub-representar as opiniões destas profissões face aos EEER.

Relativamente à experiência do painel, esta demonstrou elevada senioridade concedendo robustez e discernimento pericial, mas por outro lado não revela a perspetivas dos profissionais mais jovens.

Por último, no que diz respeito ao método escolhido, o método Delphi é um procedimento de validação de conteúdo e de prioridades, útil para estruturar consenso informado, mas não comprova efetividade clínica das recomendações, podendo refletir alinhamento conceptual mais do que evidência do impacto das atividades na prática clínica.

4.2. CONTRIBUTOS DESTE ESTUDO PARA A PRÁTICA PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Os resultados deste estudo abordam contributos concretos para a prática dos EEER em UCI, em dois planos complementares. Por um lado, o consenso obtido por este estudo,

pode numa etapa futura, ser testada em contexto clínico (quanto à sua eficácia e segurança), e assim construir um guião operativo de criação/ atualização de protocolos clínicos, direcionados para a DCPE, nomeadamente no que se refere ao rastreio sistemático e precoce na pós-extubação, avaliação clínica estruturada, referência se necessário, para avaliação instrumental (FEES/VFSS) e início precoce de um programa de reabilitação individual e dirigido. A necessidade deste caminho está fundamentada pela elevada incidência de DCPE (incidência combinada 41%) e pela frequência de aspiração silenciosa (36%) (McIntyre et al., 2021).

Por outro lado, o estudo reforça o papel do EEER inserido numa equipa interdisciplinar ao longo de todo o processo de avaliação e reabilitação da DCPE, numa realidade nacional em que se manifesta disponibilidade alargada de Enfermagem de Reabilitação. No estudo desenvolvido por Mendes et al. (2018), 92% das UCI em Portugal possuem EEER e destes, 75% desempenha funções especializadas, das quais 46% a tempo integral. Assim, os EEER podem ser responsáveis pela dinamização de intervenções funcionais, nomeadamente na mobilização/ levante e coparticipantes na decisão clínica quotidiana, áreas fundamentais na produção de indicadores.

Em síntese, o consenso alcançado oferece uma base científica aplicável para orientar futuros protocolos clínicos de DCPE e coloca o EEER no centro da resposta clínica, desde o rastreio precoce, à reabilitação dirigida e à continuidade de cuidados, alinhando a prática com a evidência científica disponível.

4.3. SUGESTÕES PARA INVESTIGAÇÃO FUTURA

Face à elevada incidência da DCPE nas UCI e à multiplicidade de intervenções nas diferentes unidades, é essencial a implementação de programas piloto, com avaliação dos desfechos clínicos em contexto real.

A criação/ atualização de protocolos estandardizados dirigidos para o rastreio precoce, a avaliação clínica estruturada e a referência para avaliação instrumental quando indicada com monitorização de indicadores mensuráveis, seguindo o ciclo de Plan-Do-Study-Act (PDSA) com permanentes reajustes às recomendações face à realidade e às condições do nosso sistema de saúde, permitindo criar evidência científica robusta e assim colmatar as lacunas identificadas nas revisões e meta-análises recentes.

5. CONCLUSÃO

A presente dissertação alcançou o objetivo inicialmente delineado de validar, através de um painel de peritos, um conjunto de intervenções para a reabilitação da pessoa com DPE em contexto de UCI. Permitiu ainda priorizar a sua aplicabilidade clínica.

Os resultados apresentados apresentam coerência interna e alinham-se com a evidência internacional, que descreve a elevada frequência da DCPE após VMI (incidência combinada de 41% e aspiração silenciosa em 36%), reforçando a necessidade de programas de reabilitação que enfatizem o rastreio sistemáticos da disfagia nas primeiras 24 a 48 horas pós-extubação.

Em termos de efetividade, as afirmações obtidas convergem com a literatura existente que associa intervenções de reabilitação no rastreio, avaliação e planificação de intervenções individualizadas, valorizando a atuação interdisciplinar e adaptadas à realidade de cada doente permitindo uma diminuição dos efeitos adversos da mesma.

Em síntese, esta dissertação oferece uma resposta pragmática e cientificamente sustentada a um problema frequente e ainda subdiagnosticado nas UCI, ao propor um conjunto de afirmações direcionadas para a criação de um programa operacional e mensurável, contribuindo para cuidados mais seguros, eficazes e centrados na pessoa, enquanto estabelece um guia orientador de investigação clara para a próxima etapa.

Urge assim, investir em estudos com resultados centrados no doente/ família/ cuidadores informais, e em programas de formação contínua para equipas interdisciplinares, reforçando a capacidade de resposta e a segurança do doente crítico com DCPE e ao mesmo tempo fomentar uma cultura de medição e melhoria contínua através da aplicação de protocolos, e na produção de indicadores.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alligood, M. R. (2021). *Nursing Theorists and Their Work* (10.^a ed.). Elsevier Inc.
- Amado Martins, J. C. (2008). Investigação em enfermagem. *Pensar Enfermagem - Revista Científica | Journal of Nursing*, 12(2), 62–66. <https://doi.org/10.56732/pensarenf.v12i2.8>
- Araújo, T., Rodrigues, E., Novo, A., Moreira, J., & Ribeiro Nunes, J. (2021). Reabilitar em casa com o hospital +PERTO. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 4(1), 31–36. <https://doi.org/10.33194/rper.2021.v4.n1.156>
- Atella, V., & Kopinska, J. (2018). New Technologies and Costs. *SSRN Electronic Journal*, 16(7). <https://doi.org/10.2139/ssrn.3229240>
- Bertschi, D., Rotondo, F., Waskowski, J., Venetz, P., Pfortmueller, C. A., & Schefold, J. C. (2025). Post-extubation dysphagia in the ICU—a narrative review: epidemiology, mechanisms and clinical management (Update 2025). *Critical Care*, 29(1), 244. <https://doi.org/10.1186/s13054-025-05492-7>
- Boberg, A. L., & Morris-Khoo, S. A. (1992). The Delphi Method: A Review of Methodology and an Application in the Evaluation of a Higher Education Program. *Canadian Journal of Program Evaluation*, 7(1), 27–39. <https://doi.org/10.3138/cjpe.07.002>
- Boulkedid, R., Abdoul, H., Loustau, M., Sibony, O., & Albeti, C. (2011). Using and Reporting the Delphi Method for Selecting Healthcare Quality Indicators: A Systematic Review. *PLoS ONE*, 6(6), e20476. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0020476>
- Brodsky, M. B., Nollet, J. L., Spronk, P. E., & González-Fernández, M. (2020). Prevalence, Pathophysiology, Diagnostic Modalities, and Treatment Options for Dysphagia in Critically Ill Patients. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 99(12), 1164–1170. <https://doi.org/10.1097/PHM.0000000000001440>
- Brodsky, M. B., Suiter, D. M., González-Fernández, M., Michtalik, H. J., Frymark, T. B., Venediktov, R., & Schooling, T. (2016). Screening Accuracy for Aspiration Using

- Bedside Water Swallow Tests. *Chest*, 150(1), 148–163.
<https://doi.org/10.1016/j.chest.2016.03.059>
- Chagas, K. V. B. L., Correia, E. A., Farinha, P. R. G., Rocha, T. S., Nascimento, G. C., Souza, B. P., Alves, J. C. B., Oliveira, L. M. C. da C. S., Romanini, R. F., Silva, B. C. S. da, Lima, M. V. C., & Vicente, M. L. de O. (2024). A Importância da Equipe Multidisciplinar na Reabilitação de Pacientes Críticos: Avaliando a Colaboração entre Profissionais de Saúde na Reabilitação de Pacientes de UTI. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, 6(1), 174–183. <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n1p174-183>
- Chang, M. C., Choo, Y. J., Seo, K. C., & Yang, S. (2022). The Relationship Between Dysphagia and Pneumonia in Acute Stroke Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in Neurology*, 13. <https://doi.org/10.3389/fneur.2022.834240>
- Chen, L., Liu, C., Yuan, M., Yin, X., Niu, S., Tang, J., Chen, H., Xiong, B., & Feng, X. (2024). Interventions for Postextubation Dysphagia in Critically Ill Patients: A Systematic Review and Meta-analysis. *Dysphagia*, 39(6), 1013–1024. <https://doi.org/10.1007/s00455-024-10695-1>
- Cheng, Y.-M. (2014). An exploration into cost-influencing factors on construction projects. *International Journal of Project Management*, 32(5), 850–860. <https://doi.org/10.1016/j.ijproman.2013.10.003>
- Couto, S. (2024). *Validação do instrumento de rastreio da disfagia em doentes pós-extubação : Gugging Swallowing Screen for Intensive Care Units* [Master's Thesis IPB - Instituto Politécnico de Bragança]. <https://bibliotecadigital.ipb.pt/entities/publication/b3135681-9ffc-483d-a17a-1a76de838a13>
- Dalkey, N., & Helmer, O. (1963). An Experimental Application of the Delphi Method to the Use of Experts. *Management Science*, 9(3), 458–467. <http://www.jstor.org/stable/2627117>
- Diamond, I. R., Grant, R. C., Feldman, B. M., Pencharz, P. B., Ling, S. C., Moore, A. M., & Wales, P. W. (2014). Defining consensus: A systematic review recommends methodologic criteria for reporting of Delphi studies. *Journal of Clinical*

Epidemiology, 67(4), 401–409. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2013.12.002>

Donohoe, H. M., & Needham, R. D. (2009). Moving best practice forward: Delphi characteristics, advantages, potential problems, and solutions. *International Journal of Tourism Research*, 11(5), 415–437. <https://doi.org/10.1002/jtr.709>

Donovan, N. J., Daniels, S. K., Edmiaston, J., Weinhardt, J., Summers, D., & Mitchell, P. H. (2013). Dysphagia Screening: State of the Art. *Stroke*, 44(4), e24–e31. <https://doi.org/10.1161/STR.0b013e3182877f57>

Entidade Reguladora da Saúde. (2021). *Direitos e Deveres dos Utentes dos Serviços de saúde*. https://www.ers.pt/media/sfbd4x2h/publicação-ers_direitos-e-deveres.pdf

Everaert, M., Hamdy, S., Goeleven, A., Tack, J., Vanuytsel, T., & Rommel, N. (2025). Pharyngeal electrical stimulation favorably modifies healthy human pharyngoesophageal function: a randomized trial using high-resolution manometry impedance. *Journal of Applied Physiology*, 138(4), 988–1001. <https://doi.org/10.1152/jappphysiol.00516.2024>

Facione, P. (1990). Critical Thinking: A Statement of Expert Consensus for Purposes of Educational Assessment and Instruction Executive Summary. *The California Academic Press*, 315, 1–19. http://www.insightassessment.com/pdf_files/DEXadobe.PDF

Fawcett, J., & DeSanto-Madeya, S. (2012). *Contemporary Nursing Knowledge: Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories* (3.^a ed.). F.A. Davis Company.

Fernandes, C. S., & Magalhães, B. M. B. de S. (2024). Uma Reflexão Sobre a Utilização da Técnica de Delphi em Enfermagem. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 33, 1–10. <https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2023-0227pt>

González, M., Morales, D., Rivera-Rojas, F., & Vásquez, P. (2020). Aplicación de modelos y teorías en unidades de cuidados críticos: una revisión de la literatura. *Benessere. Revista de Enfermería*, 4(1). <https://doi.org/10.22370/bre.41.2019.2305>.

Goodman, C. M. (1987). The Delphi technique: a critique. *Journal of Advanced Nursing*, 12(6), 729–734. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1987.tb01376.x>

Grisham, T. (2009). The Delphi technique: a method for testing complex and multifaceted topics. *International Journal of Managing Projects in Business*, 2(1), 112–130.

<https://doi.org/10.1108/17538370910930545>

- Hamdy, S., Mikulis, D. J., Crawley, A., Xue, S., Lau, H., Henry, S., & Diamant, N. E. (1999). Cortical activation during human volitional swallowing: an event-related fMRI study. *American Journal of Physiology-Gastrointestinal and Liver Physiology*, 277(1), G219–G225. <https://doi.org/10.1152/ajpgi.1999.277.1.G219>
- Hamdy, S., Rothwell, J. C., Brooks, D. J., Bailey, D., Aziz, Q., & Thompson, D. G. (1999). Identification of the Cerebral Loci Processing Human Swallowing With H₂O PET Activation. *Journal of Neurophysiology*, 81(4), 1917–1926. <https://doi.org/10.1152/jn.1999.81.4.1917>
- Hasson, F., Keeney, S., & McKenna, H. (2000). Research guidelines for the Delphi survey technique. *Journal of Advanced Nursing*, 32(4), 1008–1015.
- Helliwell, K., Hughes, V. J., Bennion, C. M., & Manning-Stanley, A. (2023). The use of videofluoroscopy (VFS) and fiberoptic endoscopic evaluation of swallowing (FEES) in the investigation of oropharyngeal dysphagia in stroke patients: A narrative review. *Radiography (London, England: 1995)*, 29(2), 284–290. <https://doi.org/10.1016/j.radi.2022.12.007>
- Hiser, S. L., Casey, K., Nydahl, P., Hodgson, C. L., & Needham, D. M. (2025). Intensive care unit acquired weakness and physical rehabilitation in the ICU. *BMJ*, e077292. <https://doi.org/10.1136/bmj-2023-077292>
- Hodgson, C. L., Stiller, K., Needham, D. M., Tipping, C. J., Harrold, M., Baldwin, C. E., Bradley, S., Berney, S., Caruana, L. R., Elliott, D., Green, M., Haines, K., Higgins, A., Kaukonen, K. M., Leditschke, I. A., Nickels, M. R., Paratz, J., Patman, S., Skinner, E. H., ... Webb, S. A. (2014). Expert consensus and recommendations on safety criteria for active mobilization of mechanically ventilated critically ill adults. *Critical Care (London, England)*, 18(6), 658. <https://doi.org/10.1186/s13054-014-0658-y>
- Hsu, C.-C., & Sandford, B. (2007). The Delphi Technique: Making Sense Of Consensus. *Practical Assessment, Research and Evaluation*, 12(10), 1–8.
- Huh, J. W., Lim, C.-M., Koh, Y., Lee, J., Jung, Y.-K., Seo, H.-S., & Hong, S.-B. (2014). Activation of a Medical Emergency Team Using an Electronic Medical Recording–Based Screening System*. *Critical Care Medicine*, 42(4), 801–808.

<https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000000031>

International Council for Harmonisation of Technical Requirements for Pharmaceuticals for Human Use. (2025). *Harmonised Guideline for Good Clinical Practice E6(R3)* (Vol. 6, Número January). https://database.ich.org/sites/default/files/ICH_E6%28R3%29_Step4_FinalGuideline_2025_0106.pdf

Jandhyala, R. (2020). Delphi, non-RAND modified Delphi, RAND/UCLA appropriateness method and a novel group awareness and consensus methodology for consensus measurement: a systematic literature review. *Current Medical Research and Opinion*, 36(11), 1873–1887. <https://doi.org/10.1080/03007995.2020.1816946>

Jean, A. (2001). Brain stem control of swallowing: neuronal network and cellular mechanisms. *Physiological Reviews*, 81(2), 929–969.

Jünger, S., Payne, S. A., Brine, J., Radbruch, L., & Brearley, S. G. (2017). Guidance on Conducting and REporting DELphi Studies (CREDES) in palliative care: Recommendations based on a methodological systematic review. *Palliative Medicine*, 31(8), 684–706. <https://doi.org/10.1177/0269216317690685>

Kayo, E. K., & Securato, J. R. (1997). Método Delphi: fundamentos, críticas e vieses. *Caderno de Pesquisas em Administração*, 1(4), 51–61. <https://regeusp.com.br/paper/metodo-delphi-fundamentos-criticas-e-vieses/#:~:text=O Delphi%2C um dos vários métodos de pesquisa,expor as críticas mais comuns ao seu uso.>

Keeney, S., McKenna, H. P., & Hasson, F. (2011). *The Delphi Technique in Nursing and Health Research* (1.^a ed.). A John Wiley & Sons, Ltd. <https://archive.org/details/delphitechniquei0000keen/page/n7/mode/2up>

Khan, A., Carmona, R., & Traube, M. (2014). Dysphagia in the Elderly. *Clinics in Geriatric Medicine*, 30(1), 43–53. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2013.10.009>

Kumar, S. (2010). Swallowing and dysphagia in neurological disorders. *Reviews in Neurological Diseases*, 7(1), 19–27.

Lang, I. M. (2009). Brain stem control of the phases of swallowing. *Dysphagia*, 24(3),

333–348. <https://doi.org/10.1007/s00455-009-9211-6>

Lear, C. S. C., Flanagan, J. B., & Moorrees, C. F. A. (1965). The frequency of deglutition in man. *Archives of Oral Biology*, *10*(1), 83-115. [https://doi.org/10.1016/0003-9969\(65\)90060-9](https://doi.org/10.1016/0003-9969(65)90060-9)

Leder, S. B., Sasaki, C. T., & Burrell, M. I. (1998). Fiberoptic endoscopic evaluation of dysphagia to identify silent aspiration. *Dysphagia*, *13*(1), 19–21. <https://doi.org/10.1007/PL00009544>

Leonard, R., & Kendall, K. A. (2025). *Dysphagia Assessment and Treatment Planning: A Team Approach* (5.^a ed.). Plural Publishing.

Leopold, N. A., & Kagel, M. C. (1997). Dysphagia—Ingestion or Deglutition?: A Proposed Paradigm. *Dysphagia*, *12*(4), 202–206. <https://doi.org/10.1007/PL00009537>

Li, S., Xu, X., Hu, J., & Wang, Y. (2025). The effect of early rehabilitation on therapeutic outcomes in ICU patients on mechanical ventilation: A meta-analysis. *The International Journal of Artificial Organs*, *48*(2), 105–122. <https://doi.org/10.1177/03913988241311816>

Likar, R., Aroyo, I., Bangert, K., Degen, B., Dziewas, R., Galvan, O., Grundschober, M. T., Köstenberger, M., Muhle, P., Schefold, J. C., & Zuercher, P. (2024). Management of swallowing disorders in ICU patients - A multinational expert opinion. *Journal of Critical Care*, *79*, 154447. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2023.154447>

Liu, Z., Cheng, J., Tan, C., Liu, H., & Han, D. (2024). Pharyngeal Cavity Electrical Stimulation-Assisted Swallowing for Post-stroke Dysphagia: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Controlled Studies. *Dysphagia*, *39*(4), 541–551. <https://doi.org/10.1007/s00455-023-10644-4>

Logemann, J., Katherine, H., Starmer, H., Ciucci, M., Gibbons, P., & Tellis, G. (2022). *Evaluation and Treatment of Swallowing Disorders* (3.^a ed.). PRO-ED.

Macht, M., King, C. J., Wimbish, T., Clark, B. J., Benson, A. B., Burnham, E. L., & Moss, M. (2011). Postextubation dysphagia is persistent and associated with poor outcomes in survivors of critical illness. *Critical Care*, *17*(5), R231.

<https://doi.org/10.1186/cc13069>

- Macht, M., Wimbish, T., Bodine, C., & Moss, M. (2013). ICU-acquired swallowing disorders. *Critical Care Medicine*, 41(10), 2396–2405. <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e31829caf33>
- Marques, J. B. V., & Freitas, D. de. (2018). Método DELPHI: caracterização e potencialidades na pesquisa em Educação. *Pro-Posições*, 29(2), 389–415. <https://doi.org/10.1590/1980-6248-2015-0140>
- Matsuo, K., & Palmer, J. B. (2008). Anatomy and Physiology of Feeding and Swallowing: Normal and Abnormal. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America*, 19(4), 691–707. <https://doi.org/10.1016/j.pmr.2008.06.001>
- Matsuo, K., & Palmer, J. B. (2009). Coordination of mastication, swallowing and breathing. *Japanese Dental Science Review*, 45(1), 31–40.
- McEwan, M., & Wills, E. M. (2021). *Theoretical Basis for Nursing* (6.^a ed.). Wolters Kluwer Health.
- McIntyre, M., Doeltgen, S., Dalton, N., Koppa, M., & Chimunda, T. (2021). Post-extubation dysphagia incidence in critically ill patients: A systematic review and meta-analysis. *Australian Critical Care*, 34(1), 67–75. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2020.05.008>
- Meleis, A. I. (2010). Transitions theory - middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice. Em *Springer Publishing Company*.
- Mendes, R. M. G., Nunes, M. L., Pinho, J. A., & Gonçalves, R. B. R. (2018). Organization of rehabilitation care in Portuguese intensive care units. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 30(1), 57–63. <https://doi.org/10.5935/0103-507x.20180011>
- Mpouzika, M., Iordanou, S., Kyranou, M., Iliopoulou, K., Parissopoulos, S., Kalafati, M., Karanikola, M., & Papathanassoglou, E. (2023). Strategies of Screening and Treating Post-Extubation Dysphagia: An Overview of the Situation in Greek-Cypriot ICUs. *Healthcare (Switzerland)*, 11(16). <https://doi.org/10.3390/healthcare11162283>
- Nasa, P., Jain, R., & Juneja, D. (2021). Delphi methodology in healthcare research: How to decide its appropriateness. *World Journal of Methodology*, 11(4), 116–129.

<https://doi.org/10.5662/wjm.v11.i4.116>

- Niederberger, M., & Spranger, J. (2020). Delphi Technique in Health Sciences: A Map. *Frontiers in Public Health*, 8, 457. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.00457>
- Niederman, M. S., & Cilloniz, C. (2022). Aspiration pneumonia. *Revista Española de Quimioterapia*, 35(Suppl1), 73–77. <https://doi.org/10.37201/req/s01.17.2022>
- Nielsen, A. H., Winding, R., Busk, B. H., Noe, L., Husted, B., Kristensen, G., Svenningsen, H., & Ovesen, T. (2025). Nurse-led dysphagia screening in the intensive care unit – An implementation study. *Australian Critical Care*, 38(1). <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2024.07.081>
- Nogueira, V., & Piffer, M. (2020). Caracterização Do Método Delphi: Aspectos Teóricos E Metodológicos. *Simpósio Latino-Americano de Estudos de Desenvolvimento Regional*.
<https://www.publicacoeseventos.unijui.edu.br/index.php/slaedr/article/view/21085>
- Nunes, L. (2020). *Aspetos Éticos na investigação de Enfermagem* (Instituto).
<https://www.bing.com/ck/a?!&&p=a21818f374b4cd380c4aa0182639be3e307797ad6bb6018c5040862af72cbd5fJmltdHM9MTc1ODQ5OTIwMA&ptn=3&ver=2&h=4&fclid=3b686b71-c7e2-6acc-18dd7916c6856bd4&psq=Aspetos+%c3%89ticos+na+investiga%c3%a7%c3%a3o+de+Enfermagem+2020&u=a1aHR0cHM6Ly9jb211bS5yY2FhcC5wdC9iaXRzdHJlYW0vMTA0MDAuMjYvMzI3ODIvMS9lYm9va19hc3BldG9zJTIwZXRpY29zJTIwaW52ZXN0aWdhY2FvJTIwRW5mX2p1biUyMDIwMjAucGRm>
- OE. (2019). Regulamento das Competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. *Diário da República, 2ª série - n.º 85 - 3 de maio de 2019*, 13565–13568. <https://dre.pt/home/-/dre/122216893/details/maximized>
- OE. (2025). *Ontologia de Enfermagem - Browser*. Ordem dos Enfermeiros.
<https://ontologia.ordemenfermeiros.pt/Browser>
- Oliveira, I. (2024). *Intervenções de enfermagem à pessoa com compromisso da deglutição pós-extubação: uma scoping review* [Master's Thesis IPB - Instituto Politécnico de Bragança].
<https://bibliotecadigital.ipb.pt/entities/publication/28c2e5aa-69ca-4cc1-9efaad7bb386f9bd>

- Ortega, O., Martín, A., & Clavé, P. (2017). Diagnosis and Management of Oropharyngeal Dysphagia Among Older Persons, State of the Art. *Journal of the American Medical Directors Association, 18*(7), 576–582. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2017.02.015>
- Panara, K., Ahanga, E. R., & Padalia, D. (2023). *Physiology, Swallowing*. StatPearls. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK541071/>
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2022). *Essentials of Nursing Research - Appraising Evidence for Nursing Practice*. Em *Wolters Kluwer Health*. (10.^a ed.). Wolters Kluwer Health.
- Porto Editora. (2025). *Metodologia*. Infopédia – Dicionário da Língua Portuguesa. <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/metodologia>
- Powell, C. (2003). The Delphi technique: myths and realities. *Journal of Advanced Nursing, 41*(4), 376–382. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02537.x>
- Printza, A., Tedla, M., Frajkova, Z., Sapalidis, K., & Triaridis, S. (2021). Dysphagia Severity and Management in Patients with COVID-19. *Current health sciences journal, 47*(2), 147–156. <https://doi.org/10.12865/CHSJ.47.02.01>
- Prosiegel, M., Höling, R., Heintze, M., Wagner-Sonntag, E., & Wiseman, K. (2005). The localization of central pattern generators for swallowing in humans — a clinical-anatomical study on patients with unilateral paresis of the vagal nerve, Avellis' syndrome, Wallenberg's syndrome, posterior fossa tumours and cerebellar hemorrhage. Em *Acta neurochirurgica. Supplement* (Vol. 93, pp. 85–88). https://doi.org/10.1007/3-211-27577-0_13
- Regulamento geral sobre proteção de dados (RGPD) da União Europeia (UE), Pub. L. No. 679/2016 (2016). https://pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=2961&tabela=leis&so_mio_lo=
- Reiter, R., & Brosch, S. (2012). Oropharyngeale Dysphagien - ein Update Teil 1: Physiologie, Pathologie und Diagnostik. *Laryngo-Rhino-Otologie, 91*(04), 224–227. <https://doi.org/10.1055/s-0031-1287814>
- Reitz, S. C., Marly, J., Neef, V., Konczalla, J., Czabanka, M., Grefkes-Hermann, C., Foerch, C., & Lapa, S. (2024). Intensive care unit-acquired dysphagia – change in feeding route after a standardized dysphagia assessment in neurocritical care

- patients. *Scientific Reports*, 14(1), 29993. <https://doi.org/10.1038/s41598-024-81529-1>
- Renner, C., Jeitziner, M. M., Albert, M., Brinkmann, S., Diserens, K., Dzialowski, I., Heidler, M. D., Lück, M., Nusser-Müller-Busch, R., Sandor, P. S., Schäfer, A., Scheffler, B., Wallesch, C., Zimmermann, G., & Nydahl, P. (2023). Guideline on multimodal rehabilitation for patients with post-intensive care syndrome. *Critical Care*, 27(1), 1–14. <https://doi.org/10.1186/s13054-023-04569-5>
- Ribeiro, O., Moura, M. I., & Ventura, J. (2021). Referenciais teóricos orientadores do exercício profissional dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação. Em O. Ribeiro (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas* (pp. 48–57). Lidel- Edições Técnicas, Lda.
- Riecker, A., Gastl, R., Kühnlein, P., Kassubek, J., & Prosiel, M. (2009). Dysphagia due to unilateral infarction in the vascular territory of the anterior insula. *Dysphagia*, 24(1), 114–118. <https://doi.org/10.1007/s00455-008-9164-1>
- Rodrigues, D. P., Pagliuca, L. M. F., & Silva, R. M. (2004). Modelo de Roy na enfermagem obstétrica: análise sob a óptica de Meleis. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 25(2), 165–175. <https://seer.ufrgs.br/index.php/rgenf/article/view/4503>
- Rodrigues, M. A., Hercules, A. B. S., Gnatta, J. R., Coelho, J. C., Mota, A. N. B., Pierin, A. M. G., & Santana, R. F. (2022). Teleconsultation as an advanced practice nursing during the COVID-19 pandemic based on Roy and Chick-Meleis. *Revista da Escola de Enfermagem*, 56(Special Is), 1–5.
- Romero-Collado, A. (2021). Essential elements to elaborate a study with the (e)Delphi method. *Enfermeria Intensiva*, 32(2), 100–104. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2020.09.001>
- Roy, C., Whetsell, M. V., & Frederickson, K. (2009). The Roy Adaptation Model and Research: Global Perspective. *Nursing Science Quarterly*, 22(3), 209–211. <https://doi.org/10.1177/0894318409338692>
- Sassi, F. C., Medeiros, G. C. de, Zambon, L. S., Zilberstein, B., & Andrade, C. R. F. de. (2018). Avaliação e classificação da disfagia pós-extubação em pacientes críticos. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, 45(3), 1–9.

<https://doi.org/10.1590/0100-6991e-20181687>

- Schefold, J. C., Berger, D., Zurcher, P., Lensch, M., Perren, A., Jakob, S. M., & Bruegger, D. (2017). Dysphagia in mechanically ventilated ICU patients (DYnAMICS): A prospective observational trial. *Critical Care Medicine*, *45*(12), 2061–2069. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000002759>
- Shaw, S. M., & Martino, R. (2013). The normal swallow: muscular and neurophysiological control. *Otolaryngologic Clinics of North America*, *46*(6), 937–956. <https://doi.org/10.1016/j.otc.2013.09.006>
- Shune, S. E., Moon, J. B., & Goodman, S. S. (2016). The Effects of Age and Preoral Sensorimotor Cues on Anticipatory Mouth Movement During Swallowing. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research: JSLHR*, *59*(2), 195–205. https://doi.org/10.1044/2015_JSLHR-S-15-0138
- Silva, R. F. da, & Tanaka, O. Y. (1999). Técnica Delphi: identificando as competências gerais do médico e do enfermeiro que atuam em atenção primária de saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, *33*(3), 207–216. <https://doi.org/10.1590/S0080-62341999000300001>
- Skoretz, S. A., Flowers, H. L., & Martino, R. (2010). The incidence of dysphagia following endotracheal intubation: a systematic review. *Chest*, *137*(3), 665–673. <https://doi.org/10.1378/chest.09-1823>
- Skulmoski, G., Hartman, F., & Krahn, J. (2007). The Delphi Method for Graduate Research. *JITE*, *6*, 1–21. <https://doi.org/10.28945/199>
- Souza, D. G., Athayde, J., & Morais, V. (2021). Teorias de enfermagem: relevância para a prática profissional na atualidade. Em D. G. de Souza, V. P. Brandão, M. das N. Martins, J. A. V. de Morais, & N. O. de Jesus (Eds.), *Teorias De Enfermagem: Relevância Para a Prática Profissional Na Atualidade* (Número September 2021). Editora Inovar. <https://doi.org/10.36926/editorainovar-978-65-80476-74-9>
- Soyama, S., Mano, T., & Kido, A. (2023). Feasibility study on swallowing telerehabilitation in patients with coronavirus disease 2019. *Journal of Rehabilitation Medicine - Clinical Communications*, *6*(1), jrmcc12348. <https://doi.org/10.2340/jrmcc.v6.12348>

- Suntrup-Krueger, S., Labeit, B., von Itter, J., Jung, A., Claus, I., Ahring, S., Warnecke, T., Dziewas, R., & Muhle, P. (2025). Treating postextubation dysphagia after stroke with pharyngeal electrical stimulation –insights from a randomized controlled pilot trial. *Neurotherapeutics*, 22(4), e00613. <https://doi.org/10.1016/j.neurot.2025.e00613>
- Tenny S, Brannan JM, B. G. (2022). *Qualitative Study* (StatPearls (ed.)). StatPearls Publishing LLC. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470395/?report=classic>
- Troll, C. (2022). Modifikation und Validierung des Gugging Swallowing Screens für die Intensivstation [Master`s Thesis Donau-Universität Krems]. Em *Donau-Universität Krems* (Número 8.5.2017). <http://webthesis.donau-uni.ac.at/thesen/202973.pdf>
- Troll, C., Trapl-Grundschober, M., Teuschl, Y., Cerrito, A., Compte, M. G., & Siegemund, M. (2023). A bedside swallowing screen for the identification of post-extubation dysphagia on the intensive care unit – validation of the Gugging Swallowing Screen (GUSS)—ICU. *BMC Anesthesiology*, 23(1), 122. <https://doi.org/10.1186/s12871-023-02072-6>
- Ward, E. C., Raatz, M., Marshall, J., Wishart, L. R., & Burns, C. L. (2022). Telepractice and Dysphagia Management: The Era of COVID-19 and Beyond. *Dysphagia*, 37(6), 1386–1399. <https://doi.org/10.1007/s00455-022-10444-2>
- Yamada, E. K., Siqueira, K. O. de, Xerez, D., Koch, H. A., & Costa, M. M. B. (2004). A influência das fases oral e faríngea na dinâmica da deglutição. *Arquivos de Gastroenterologia*, 41(1), 18–23. <https://doi.org/10.1590/S0004-28032004000100004>
- Yang, W., Du, Y., Chen, M., Li, S., Zhang, F., Yu, P., & Xu, X. (2023). Effectiveness of Home-Based Telerehabilitation Interventions for Dysphagia in Patients With Head and Neck Cancer: Systematic Review. *Journal of Medical Internet Research*, 25, e47324. <https://doi.org/10.2196/47324>
- Zuercher, P., Moret, C. S., Dziewas, R., & Schefold, J. C. (2019). Dysphagia in the intensive care unit: epidemiology, mechanisms, and clinical management. *Emergency Medicine (Ukraine)*, 6–101, 30–42. <https://doi.org/10.22141/2224-0586.6.101.2019.179595>

ANEXOS

- ANEXO I – Parecer da Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Bragança

Parecer

Dados do Funcionário

Nome: Ana Maria Nunes Português Galvão

Email: anagalvao@ipb.pt

Filiação: /Comissões Especializadas/Ética/Presidente

Parecer

Após leitura e análise do projeto intitulado: Programa de Reabilitação para a pessoa com disfagia pós-extubação: um consenso de peritos

tendo como objetivo: Elaborar um programa de reabilitação para a pessoa com disfagia pós-extubação, através de consenso de peritos.

A Comissão de Ética do IPB emite Parecer Favorável/Deferido à sua realização.

Data

19/02/2025

- ANEXO II – Questionário (Q1) - Primeira Ronda

Programa de Reabilitação para a pessoa com Disfagia pós extubação

Um consenso de peritos

Frederico Brandão
Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança



* Obrigatória

INFORMAÇÃO SOBRE O ESTUDO

Prezado(a) Colega,

Peço que leia atentamente este documento e que se sinta à vontade para fazer qualquer questão antes de aceitar ou não participar neste projeto. Chamo-me Frederico José Carneiro Brandão, sou Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação no serviço de Medicina Intensiva da Unidade Local de Saúde – Tâmega e Sousa e encontro-me, presentemente, a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança (IPB). Estou a desenvolver um estudo intitulado *“Programa de Reabilitação para a Pessoa com Disfagia Pós-Extubação: Um Consenso de Peritos”*, sob a orientação dos Prof. Doutores André Filipe Morais Pinto Novo e Isabel de Jesus Oliveira. O objetivo é a consensualização de um programa de reabilitação para a pessoa com disfagia pós-extubação, através de uma técnica de e-Delphi modificada. O foco deste programa é o doente e não a intervenção específica de um profissional. Para tal, serão convidados a participar um painel de peritos multidisciplinar. Espera-se que com a consensualização deste programa e posterior implementação se contribua para a redução de complicações como desnutrição, desidratação e pneumonia por aspiração, além de diminuir o tempo de internamento e os custos hospitalares. Não estão previstos quaisquer tipo de riscos para os participantes. Serão cumpridos todos os procedimentos ético-legais para a obtenção de consentimento explícito, livre e informado, garantindo o anonimato e proteção dos dados. O estudo teve parecer favorável da Comissão de Ética do IBP, com o n.º D2054058. A confidencialidade dos dados recolhidos será assegurada através da utilização da plataforma on-line protegida por senha a que apenas o investigador terá acesso. Serão respeitadas as recomendações da Declaração de Helsínquia (1960 e emendas), da Organização Mundial de Saúde, da Convenção de Oviedo e das “Boas Práticas Clínicas” (BPC/ICH) (ICH GCP, 2016). O relatório final deste estudo será sujeito a provas públicas para defesa de grau académico. A sua participação é muito importante! Em qualquer momento da sua participação, pode terminar a sua colaboração, bastando para isso contactar-me através do e-mail: 71346@chts.min-saude.pt. Muito obrigado. Frederico Brandão

CONSENTIMENTO INFORMADO

Declaro que compreendi todas as informações fornecidas na página anterior e que me foi reservado o direito de desistir ou retirar a minha participação a qualquer momento.

1. Aceito participar neste estudo: *

Sim

Não

Dados Sócio Demográficos

2. Idade *

O valor tem de ser um número

3. Sexo *

- Masculino
- Feminino
- Prefiro não responder

4. Profissão *

- Enfermeiro/a
- Enfermeiro/a Especialista Enfermagem de Reabilitação
- Fisiatra
- Médico/a Intensivista
- Nutricionista
- Terapeuta da Fala

5. Tempo de Exercício Profissional (anos completos) *

O valor tem de ser um número

6. Tempo de Experiência Profissional com Doente Crítico (anos completos) *

O valor tem de ser um número

7. Tem produção científica na área do rastreio, tratamento ou acompanhamento da pessoa com disfagia em cuidados intensivos? *

- Sim
- Não

8. Indique a referência dos trabalhos publicados ou o link de acesso (esta questão é opcional):

Introduza a sua resposta

1 RONDA - Consenso de Peritos

Foi elaborado um primeiro projeto de programa de reabilitação à pessoa com disfagia pós-extubação, tendo por base a revisão da literatura, a serem consensualizadas por um grupo de peritos.

Estas recomendações foram construídas tendo por foco o doente (pessoa) e não um grupo profissional específico.

Para cada recomendação pede-se que indique o nível de concordância (concordo, concordo parcialmente ou não concordo).

Nos casos em que a resposta seja "concordo parcialmente" ou "não concordo", será solicitado que justifique ou proponha alteração/eliminação da recomendação. A sua contribuição é muito importante.

Obrigado.

9. Todos os doentes submetidos a ventilação mecânica invasiva (VMI) e entubação oro traqueal (EOT) por mais 24 horas, devem ser submetidos a rastreio sistemático da disfagia pelo menos uma hora após extubação e quando reunidas as condições clínicas? *

- Concordo
- Concordo parcialmente
- Não concordo

10. Por favor justifique *

11. Todos os doentes com rastreio positivo devem ser submetidos a avaliação clínica? *

- Concordo
- Concordo parcialmente
- Não concordo

12. Por favor justifique *

13. Nos doentes com avaliação clínica sugestiva de disfagia e sempre que existam condições, deve ser realizada avaliação instrumental (videofluoroscopia da deglutição e fibroendoscopia da deglutição)? *

- Concordo
- Concordo parcialmente
- Não concordo

14. Por favor justifique *

15. Todos os doentes com rastreio positivo, deverão ter contemplados no seu processo de cuidados, estratégias compensatórias: adaptação das consistências sólidas e líquidas, higiene oral, ajustamentos posturais; manobras deglutórias e medidas educacionais para deglutição segura? *

- Concordo
- Concordo parcialmente
- Não concordo

16. Por favor justifique *

17. O programa de reabilitação da pessoa com disfagia pós-extubação, deve-se sustentar em exercícios de fortalecimento muscular? *

- Concordo
- Concordo parcialmente
- Não concordo

18. Por favor justifique *

19. O programa de reabilitação da pessoa com disfagia pós-extubação, deve incluir exercícios de reabilitação respiratória? *

- Concordo
- Concordo parcialmente
- Não concordo

20. Por favor justifique *

21. O programa de reabilitação da pessoa com disfagia pós-extubação, deve incluir exercícios vocais *

- Concordo
- Concordo parcialmente
- Não concordo

22. Por favor justifique *

23. O programa de reabilitação da pessoa com disfagia pós-extubação, deve incluir neuroestimulação? *

- Concordo
- Concordo parcialmente
- Não concordo

24. Por favor justifique *

25. O programa de reabilitação da pessoa com disfagia pós-extubação, deve incluir estimulação sensorial? *

- Concordo
- Concordo parcialmente
- Não concordo

26. Por favor justifique *

27. O programa de reabilitação da pessoa com disfagia pós-extubação, deve incluir terapia orofacial? *

- Concordo
- Concordo parcialmente
- Não concordo

28. Por favor justifique *

29. O programa de reabilitação da pessoa com disfagia pós-extubação, deve incluir massagem das glândulas salivares? *

- Concordo
- Concordo parcialmente
- Não concordo

30. Por favor justifique *

31. O programa de reabilitação da pessoa com disfagia pós-extubação, deve incluir exercícios de amplitude dos movimentos da cervical? *

- Concordo
- Concordo parcialmente
- Não concordo

32. Por favor justifique *

33. A telerreabilitação poderá ser utilizada para promover a continuidade dos cuidados da pessoa com disfagia pós-extubação? *

- Concordo
- Concordo parcialmente
- Não concordo

34. Por favor justifique *

35. Sugestões adicionais

Este conteúdo não foi criado nem é aprovado pela Microsoft. Os dados que submeter serão enviados para o proprietário do formulário.

- ANEXO III – Questionário (Q2) - Segunda Ronda

Programa de Reabilitação para a pessoa com Disfagia pós extubação (2ª Ronda)

Um consenso de peritos

Frederico Brandão
Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança



* Obrigatória

ANÁLISE DA 1ª RONDA

Estimado(a) Perito(a), Agradeço a sua participação na 1.ª ronda do presente estudo Delphi, cujo objetivo é a obtenção de consenso na criação de um Programa de Reabilitação para a Pessoa com Disfagia Pós-Extubação. Com base na análise das respostas recebidas, procedeu-se à sistematização dos dados em duas vertentes:

- **Quantitativa** (percentagem - % de concordância);
- **Qualitativa** (sugestões de melhoria, pedidos de reformulação e inclusão de novos temas).

Deste modo, foram:

- Mantidas as afirmações com **elevado consenso** – 6 (seis), com um nível de concordância ("Concordo") $\geq 75\%$;
- Reformuladas as que apresentaram **dispersão ou ambiguidade** – 6 (seis), com um nível de concordância ("Concordo Parcialmente + Concordo") $\geq 75\%$;
- Retiradas as afirmações com **baixo consenso** – 1 (uma), com um nível de concordância ("Concordo Parcialmente + Concordo") $< 75\%$;
- Acrescentadas **novas recomendações** a partir das sugestões obtidas.

Segue-se na secção 2, uma tabela-resumo com os principais indicadores estatísticos da 1.ª ronda:

TABELA 1 – Principais indicadores estatísticos da 1ª Ronda.

Questão número	Questão Original	Grau de Concordância			Resultado
		Não Concordo	Concordo Parcialmente	Concordo	
Q1	Todos os dentes submetidos a remoção mecânica mostral (RBM) e emulsão são tratados (EST) por mais de 24 horas desde ser submetido à remoção mecânica do dente, pelo menos uma hora após a extração e quando realizado em condições clínicas.	13,64%	22,73%	63,64%	Reformada
Q2	Todos os dentes com restauração provisória devem ser submetidos a avaliação clínica.	13,64%	5,09%	77,27%	Aceite
Q3	Res clásticas com avaliação clínica sugerem de dente e sempre são isoladas provisórias, deve ser realizada avaliação radiográfica (radioluções de angulação e fibrovascularização da angulação).	4,55%	22,73%	72,73%	Reformada
Q4	Todos os dentes com restauração provisória, devem ser contemplados no seu processo de trabalho, estratégias terapêuticas: adaptação das condições clínicas e técnicas, higiene oral, aparelhamento protético, manuseio mecânico e medidas restauradoras para angulação regular.	0,00%	13,64%	86,36%	Aceite
Q5	O programa de mobilização de pessoas com dente pós-extração, deve ser realizado em ambiente de fortalecimento muscular.	0,00%	31,82%	68,18%	Reformada
Q6	O programa de mobilização de pessoas com dente pós-extração, deve incluir exercícios de mobilização respiratória.	0,00%	22,27%	72,73%	Reformada
Q7	O programa de mobilização de pessoas com dente pós-extração, deve incluir exercícios cefálicos.	0,00%	18,18%	81,82%	Aceite
Q8	O programa de mobilização de pessoas com dente pós-extração, deve incluir neuromobilização.	0,00%	40,91%	59,09%	Reformada
Q9	O programa de mobilização de pessoas com dente pós-extração, deve incluir estimulação sensorial.	0,00%	22,73%	77,27%	Aceite
Q10	O programa de mobilização de pessoas com dente pós-extração, deve incluir técnicas de relaxamento.	0,00%	22,73%	77,27%	Aceite
Q11	O programa de mobilização de pessoas com dente pós-extração, deve incluir exercícios de alongamento.	27,27%	22,73%	50,00%	Rejeitada
Q12	O programa de mobilização de pessoas com dente pós-extração, deve incluir exercícios de alongamento com movimento de cervical.	0,00%	18,18%	81,82%	Aceite
Q13	A fisioterapia poderá ser utilizada para promover a recuperação dos músculos da pessoa com dente pós-extração.	13,64%	22,73%	63,64%	Reformada

CONSENTIMENTO INFORMADO

Declaro que compreendi todas as informações fornecidas na página anterior e que me foi reservado o direito de desistir ou retirar a minha participação a qualquer momento.

1

Aceito participar neste estudo: *

- Sim
- Não

Dados Sócio Demográficos

2

Profissão *

- Enfermeiro/a
- Enfermeiro/a Especialista Enfermagem de Reabilitação
- Fisiatra
- Médico/a Intensivista
- Nutricionista
- Terapeuta da Fala

2 RONDA - Consenso de Peritos

Para esta fase do consenso de peritos, foi definido **manter como critério de consenso os níveis de concordância iguais ou superiores a 75% ($\geq 75\%$)**.

Na primeira ronda, foi possível validar, por consenso, 6 (seis) recomendações, reformular outras 6 (seis) e excluir 1 (uma). Foram ainda criadas 2 (duas) novas recomendações, tendo por base as sugestões obtidas.

Estas novas recomendações, bem como as reformuladas, necessitam agora de ser reapreciadas pelos peritos, uma vez que foram recebidos diversos contributos relevantes que permitirão adequá-las melhor ao presente programa. Alguns destes contributos visaram clarificar a redação das recomendações, enquanto outros acrescentaram informações e sugestões que as tornam mais robustas.

Nesse sentido, para cada recomendação é agora apresentado um breve comentário que justifica a necessidade da sua revalidação pelos peritos. As referências bibliográficas poderão ser consultadas no final do documento.

Mantém-se a estratégia adotada na ronda anterior, solicitando-se que, para cada recomendação, indique o seu nível de concordância ("Concordo", "Concordo Parcialmente" ou "Não Concordo"). Nos casos em que a resposta seja "Concordo Parcialmente" ou "Não Concordo", será solicitado que apresente uma justificação ou proponha a alteração/eliminação da recomendação.

Reforça-se, uma vez mais, que estas recomendações foram construídas tendo como foco a pessoa (doente) e não um grupo profissional específico. A sua contribuição é, por isso, verdadeiramente importante. Obrigado.

3

Todos os doentes submetidos a ventilação mecânica invasiva (VMI) e entubação oro traqueal (EOT) por mais de 24 horas devem ser submetidos a rastreio sistemático da disfagia, a partir de uma hora após a extubação e quando reunidas as condições clínicas de segurança.

• JUSTIFICAÇÃO:

- Os peritos apontaram ausência de evidência científica e a ambiguidade na expressão temporal "pelo menos uma hora", como justificação para a concordância parcial ou não concordância em relação a esta questão. A maioria sugeriu que o rastreio decorresse idealmente entre 24 a 48 horas após a extubação, respeitando a recuperação laríngea. No entanto, literatura recente, nomeadamente no que se refere à utilização do instrumento GUSS-ICU, recentemente validado para a população portuguesa, está padronizado a utilização da mesma, no mínimo uma hora após a extubação, desde que, estejam reunidas as condições clínicas e de segurança (Troll et al., 2023). Esta orientação está alinhada com o protocolo internacional original do GUSS-ICU, tal como descrito no manual da Danube University Krems (https://www.donau-uni.ac.at/dam/jcr%3A2f5d23ef-96cd-448e-a4e3-224bb94ed9dd/GUSS_ICU_English.pdf).

*

- Concordo
- Concordo parcialmente
- Não concordo

4

Por favor justifique *

5

Nos doentes com avaliação clínica sugestiva de disfagia, deve ser considerada a realização de avaliação instrumental da deglutição (nomeadamente videofluoroscopia ou fibroendoscopia), sempre que a avaliação clínica isolada não se revele conclusiva ou quando for necessária a obtenção de dados objetivos que orientem a intervenção terapêutica.

• **JUSTIFICAÇÃO:**

- *Os peritos consideram que a avaliação instrumental deve ocorrer apenas quando a avaliação clínica não for conclusiva ou para suporte terapêutico. Destacada a limitação no acesso aos meios complementares de diagnóstico. Estes contributos evidenciam a importância de um equilíbrio entre rigor clínico, custo-benefício e equidade no acesso*

*

- Concordo
- Concordo parcialmente
- Não concordo

6

Por favor justifique *

7

O programa de reabilitação da pessoa com disfagia pós-extubação deve ser estruturado com base numa avaliação individualizada, podendo incluir exercícios de fortalecimento muscular e/ou reabilitação respiratória, desde que clinicamente indicados e integrados num plano terapêutico adaptado ao perfil funcional do doente.

• **JUSTIFICAÇÃO:**

- *As respostas dos peritos dão valorização do juízo clínico e abordagem personalizada, não a exclusão dos exercícios. A reformulação (Fusão de duas questões anteriores - Q5 e Q6), permite manter recomendações orientadoras, evitando prescrições generalizadas e assegurando alinhamento com boas práticas clínicas e decisões baseadas em evidência.*

*

- Concordo
- Concordo parcialmente
- Não concordo

8

Por favor justifique *

9

A inclusão de técnicas de neuroestimulação no programa de reabilitação da pessoa com disfasia pós-extubação pode ser considerada apenas quando clinicamente indicada, com base numa avaliação especializada e fundamentada em critérios bem definidos, tendo em conta o perfil do doente e a evidência científica disponível.

• **JUSTIFICAÇÃO:**

- *Os peritos expressaram dúvidas direccionadas para a insuficiência de evidência científica robusta quanto à eficácia da neuroestimulação na disfasia pós-extubação, sublinhando a necessidade de uma avaliação clínica especializada, bem como a definição clara dos critérios e objetivos da intervenção.*

*

- Concordo
- Concordo parcialmente
- Não concordo

10

Por favor justifique *

11

A telerreabilitação pode ser considerada como uma opção complementar para promover a continuidade dos cuidados da pessoa com disfagia pós-extubação, especialmente em fases posteriores à unidade de cuidados intensivos, desde que clinicamente adequada ao perfil funcional e cognitivo do doente.

• **JUSTIFICAÇÃO:**

- *As justificações dos peritos revelaram preocupações com a aplicabilidade da telerreabilitação no contexto do doente crítico, sublinhando que muitos procedimentos exigem intervenção direta e presencial, sobretudo em fases iniciais. A maioria dos peritos que concordaram parcialmente considera a telerreabilitação como uma opção possível apenas em fases mais tardias (pós - UCI), e desde que adaptada à condição funcional e cognitiva do doente.*

*

- Concordo
- Concordo parcialmente
- Não concordo

12

Por favor justifique *

13

O cuidado à pessoa com disfagia pós-extubação deve contemplar, sempre que clinicamente relevante, fatores como a postura durante a refeição, a higiene oral, a apresentação visual dos alimentos, bem como o controlo da dor e da saliva, considerando o seu impacto na segurança e eficácia da deglutição. *

- Concordo
- Concordo parcialmente
- Não concordo

14

Por favor justifique *

15

A capacitação dos cuidadores informais deve ser promovida como parte integrante do cuidado à pessoa com disfagia pós-extubação, com o objetivo de melhorar a segurança alimentar, a adesão às estratégias compensatórias e a continuidade dos cuidados no domicílio. *

- Concordo
- Concordo parcialmente
- Não concordo

16

Por favor justifique *

17

Sugestões adicionais

Este conteúdo não foi criado nem é aprovado pela Microsoft. Os dados que submeter serão enviados para o proprietário do formulário.

 Microsoft Forms

- ANEXO IV – Questionário (Q3) - Terceira Ronda

Programa de Reabilitação para a pessoa com Disfagia pós extubação (3ª e última Ronda)

Um consenso de peritos

Frederico Brandão
Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança



* Obrigatória

ANÁLISE DA 2ª RONDA

Estimado(a) Perito(a), agradeço a sua participação na 2.ª ronda do presente estudo Delphi, cujo objetivo é a obtenção de consenso na criação de um Programa de Reabilitação para a Pessoa com Disfagia Pós-Extubação. Com base na análise das respostas recebidas, procedeu-se à sistematização dos dados em duas vertentes:

- **Quantitativa** (percentagem - % de concordância);
- **Qualitativa** (sugestões de melhoria, pedidos de reformulação e inclusão de novos temas).

Deste modo, foram:

- Mantidas as afirmações com **elevado consenso** – 7 (sete), com um nível de concordância ("Concordo") $\geq 75\%$, tendo-se reformulado 2 (duas) por sugestão de melhoria gramatical.
- Por não se verificarem afirmações com dispersão ou ambiguidade, com um nível de concordância ("Concordo Parcialmente" + "Concordo") $\geq 75\%$, não se justificou a reformulação de nenhuma afirmação.
- Não foi eliminada qualquer afirmação por baixo nível de consenso, uma vez que nenhuma obteve um grau de concordância ("Concordo Parcialmente" + "Concordo") $< 75\%$.
- Também não foram acrescentadas novas recomendações com base nas sugestões recebidas.

Segue-se na secção 2, uma tabela-resumo com os principais indicadores estatísticos da 2.ª ronda:

CONSENTIMENTO INFORMADO

Declaro que compreendi todas as informações fornecidas na página anterior e que me foi reservado o direito de desistir ou retirar a minha participação a qualquer momento.

1

Aceito participar neste estudo: *

- Sim
- Não

Dados Sócio Demográficos

2

Profissão *

- Enfermeiro/a
- Enfermeiro/a Especialista Enfermagem de Reabilitação
- Fisiatra
- Médico/a Intensivista
- Nutricionista
- Terapeuta da Fala

3ª e última RONDA - Consenso de Peritos

Concluídas as duas rondas anteriores, foram validadas por consenso 13 (treze) afirmações, cuja taxa de concordância ("Concordo") foi igual ou superior a 75%.

Desde já, agradeço, a sua colaboração e contributos fundamentais para a consolidação deste programa.

Esta terceira e última ronda, tem como objetivo a validação formal das afirmações consensualizadas ao longo das duas primeiras rondas deste estudo. Assim solicita-se aos peritos que avaliem cada afirmação quanto à sua **clareza** (se a redação é objetiva, compreensível e não ambígua), **relevância clínica** (tem impacto direto na segurança, eficácia ou qualidade dos cuidados) e **aplicabilidade** (se as afirmações podem ser postas em prática no contexto real dos serviços de saúde - UCI).

Será adicionalmente solicitado que indique também o **grau de prioridade** para implementação prática de cada recomendação.

Reforça-se, uma vez mais, que estas recomendações foram construídas tendo como foco a pessoa (doente) e não um grupo profissional específico. A sua contribuição é, por isso, verdadeiramente importante. Obrigado.

1ª PARTE - VALIDAÇÃO FORMAL DAS AFIRMAÇÕES CONSENSUALIZADAS NAS DUAS PRIMEIRAS RONDAS

Solicita-se que os peritos avaliem cada afirmação nas seguintes dimensões:

- **Clareza**
- **Relevância Clínica**
- **Aplicabilidade**
- **Comentário (Opcional)** - Caso deseje justificar a sua resposta ou deixar uma sugestão relativamente à redação, ou conteúdo da afirmação, utilize este campo. A sua resposta não é obrigatória e inteiramente opcional e visa recolher contributos adicionais que considere pertinentes para o reforço ou reformulação das afirmações.

Use a escala de 1 = Muito Fraco(a) a 5 = Excelente

Obrigado.

3

2Q1 - Todos os doentes submetidos a ventilação mecânica invasiva (VMI) e entubação oro traqueal (EOT) por mais de 24 horas devem ser submetidos a rastreio sistemático da disfagia, a partir de uma hora após a extubação **e quando** a condição clínica do doente permita realizar o rastreio em segurança. *

	1 - Muito Fraco(a)	2	3	4	5 - Excelente
Clareza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Relevância Clínica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aplicabilidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4

Comentário (Opcional)

5

Q2 - Todos os doentes com rastreio positivo devem ser submetidos a avaliação clínica. *

	1 - Muito Fraco(a)	2	3	4	5 - Excelente
Clareza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Relevância Clínica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aplicabilidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6

Comentário (Opcional)

7

2Q2 - Nos doentes com avaliação clínica sugestiva de disfagia, deve ser considerada a realização de avaliação instrumental da deglutição (nomeadamente videofluoroscopia ou fibroendoscopia), sempre que a avaliação clínica isolada não se revele conclusiva ou quando for necessária a obtenção de dados objetivos que orientem a intervenção terapêutica. *

	1 - Muito Fraco(a)	2	3	4	5 - Excelente
Clareza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Relevância Clínica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aplicabilidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8

Comentário (Opcional)

9

Q4 - Todos os doentes com rastreio positivo, deverão ter contemplados no seu processo de cuidados, estratégias compensatórias: adaptação das consistências sólidas e líquidas, higiene oral, ajustamentos posturais; manobras deglutórias e medidas educacionais para deglutição segura. *

	1 - Muito Fraco(a)	2	3	4	5 - Excelente
Clareza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Relevância Clínica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aplicabilidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10

Comentário (Opcional)

11

2Q3 - O programa de reabilitação da pessoa com disfagia pós-extubação deve ser estruturado com base numa avaliação individualizada, podendo incluir exercícios de fortalecimento muscular e/ou reabilitação respiratória, desde que clinicamente indicados e integrados num plano terapêutico adaptado ao perfil funcional do doente. *

	1 - Muito Fraco(a)	2	3	4	5 - Excelente
Clareza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Relevância Clínica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aplicabilidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

12

Comentário (Opcional)

13

Q7 - O programa de reabilitação da pessoa com disfagia pós-extubação, deve incluir exercícios vocais. *

	1 - Muito Fraco(a)	2	3	4	5 - Excelente
Clareza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Relevância Clínica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aplicabilidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

14

Comentário (Opcional)

15

2Q4 - A inclusão de técnicas de neuroestimulação no programa de reabilitação da pessoa com disfagia pós-extubação pode ser considerada apenas quando clinicamente indicada, com base numa avaliação especializada e fundamentada em critérios bem definidos, tendo em conta o perfil do doente e a evidência científica disponível. *

	1 - Muito Fraco(a)	2	3	4	5 - Excelente
Clareza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Relevância Clínica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aplicabilidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

16

Comentário (Opcional)

17

Q9 - O programa de reabilitação da pessoa com disfagia pós-extubação, deve incluir estimulação sensorial. *

	1 - Muito Fraco(a)	2	3	4	5 - Excelente
Clareza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Relevância Clínica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aplicabilidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

18

Comentário (Opcional)

19

Q10 - O programa de reabilitação da pessoa com disfagia pós-extubação, deve incluir terapia oro facial. *

	1 - Muito Fraco(a)	2	3	4	5 - Excelente
Clareza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Relevância Clínica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aplicabilidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

20

Comentário (Opcional)

21

Q12 - O programa de reabilitação da pessoa com disfagia pós-extubação, deve incluir exercícios de amplitude dos movimentos da cervical. *

	1 - Muito Fraco(a)	2	3	4	5 - Excelente
Clareza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Relevância Clínica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aplicabilidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

22

Comentário (Opcional)

23

2Q5 - A telerreabilitação pode ser considerada como uma opção complementar para promover a continuidade dos cuidados da pessoa com disfagia pós-extubação, especialmente na transição do doente para a comunidade, desde que clinicamente adequada ao perfil funcional e cognitivo do doente. *

	1 - Muito Fraco(a)	2	3	4	5 - Excelente
Clareza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Relevância Clínica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aplicabilidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

24

Comentário (Opcional)

25

2Q6 - O cuidado à pessoa com disfagia pós-extubação deve contemplar, sempre que clinicamente relevante, fatores como a postura durante a refeição, a higiene oral, a apresentação visual dos alimentos, bem como o controlo da dor e da saliva, considerando o seu impacto na segurança e eficácia da deglutição. *

	1 - Muito Fraco(a)	2	3	4	5 - Excelente
Clareza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Relevância Clínica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aplicabilidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

26

Comentário (Opcional)

27

2Q7 - A capacitação dos cuidadores informais deve ser promovida como parte integrante do cuidado à pessoa com disfagia pós-extubação, com o objetivo de melhorar a segurança alimentar, a adesão às estratégias compensatórias e a continuidade dos cuidados no domicílio. *

	1 - Muito Fraco(a)	2	3	4	5 - Excelente
Clareza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Relevância Clínica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aplicabilidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

28

Comentário (Opcional)

2ª PARTE - PRIORIZAÇÃO DAS RECOMENDAÇÕES PARA IMPLEMENTAÇÃO CLÍNICA

Solicita-se que os peritos atribuam uma prioridade a cada afirmação usando a escala:

- 1 = Baixa prioridade a 5 = Prioridade máxima

29

2Q1 - Todos os doentes submetidos a ventilação mecânica invasiva (VMI) e entubação oro traqueal (EOT) por mais de 24 horas devem ser submetidos a rastreio sistemático da disfagia, a partir de uma hora após a extubação **e quando** a condição clínica do doente permita realizar o rastreio em segurança. *

	1 - Baixa prioridade	2	3	4	5 - Prioridade máxima
Prioridade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

30

Q2 - Todos os doentes com rastreio positivo devem ser submetidos a avaliação clínica. *

	1 - Baixa prioridade	2	3	4	5 - Prioridade máxima
Prioridade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

31

2Q2 - Nos doentes com avaliação clínica sugestiva de disfagia, deve ser considerada a realização de avaliação instrumental da deglutição (nomeadamente videofluoroscopia ou fibroendoscopia), sempre que a avaliação clínica isolada não se revele conclusiva ou quando for necessária a obtenção de dados objetivos que orientem a intervenção terapêutica. *

	1 - Baixa prioridade	2	3	4	5 - Prioridade máxima
Prioridade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

32

Q4 - Todos os doentes com rastreio positivo, deverão ter contemplados no seu processo de cuidados, estratégias compensatórias: adaptação das consistências sólidas e líquidas, higiene oral, ajustamentos posturais; manobras deglutorias e medidas educacionais para deglutição segura. *

	1 - Baixa prioridade	2	3	4	5 - Prioridade máxima
Prioridade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

33

2Q3 - O programa de reabilitação da pessoa com disfagia pós-extubação deve ser estruturado com base numa avaliação individualizada, podendo incluir exercícios de fortalecimento muscular e/ou reabilitação respiratória, desde que clinicamente indicados e integrados num plano terapêutico adaptado ao perfil funcional do doente. *

	1 - Baixa prioridade	2	3	4	5 - Prioridade máxima
Prioridade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

34

Q7 - O programa de reabilitação da pessoa com disfagia pós-extubação, deve incluir exercícios vocais. *

	1 - Baixa prioridade	2	3	4	5 - Prioridade máxima
Prioridade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

35

2Q4 - A inclusão de técnicas de neuroestimulação no programa de reabilitação da pessoa com disfagia pós-extubação pode ser considerada apenas quando clinicamente indicada, com base numa avaliação especializada e fundamentada em critérios bem definidos, tendo em conta o perfil do doente e a evidência científica disponível. *

	1 - Baixa prioridade	2	3	4	5 - Prioridade máxima
Prioridade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

36

Q9 - O programa de reabilitação da pessoa com disfagia pós-extubação, deve incluir estimulação sensorial. *

	1 - Baixa prioridade	2	3	4	5 - Prioridade máxima
Prioridade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

37

Q10 - O programa de reabilitação da pessoa com disfagia pós-extubação, deve incluir terapia oro facial. *

	1 - Baixa prioridade	2	3	4	5 - Prioridade máxima
Prioridade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

38

Q12 - O programa de reabilitação da pessoa com disfagia pós-extubação, deve incluir exercícios de amplitude dos movimentos da cervical. *

	1 - Baixa prioridade	2	3	4	5 - Prioridade máxima
Prioridade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

39

2Q5 - A telerreabilitação pode ser considerada como uma opção complementar para promover a continuidade dos cuidados da pessoa com disfagia pós-extubação, especialmente na transição do doente para a comunidade, desde que clinicamente adequada ao perfil funcional e cognitivo do doente. *

	1 - Baixa prioridade	2	3	4	5 - Prioridade máxima
Prioridade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

40

2Q6 - O cuidado à pessoa com disfagia pós-extubação deve contemplar, sempre que clinicamente relevante, fatores como a postura durante a refeição, a higiene oral, a apresentação visual dos alimentos, bem como o controlo da dor e da saliva, considerando o seu impacto na segurança e eficácia da deglutição. *

	1 - Baixa prioridade	2	3	4	5 - Prioridade máxima
Prioridade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

41

2Q7 - A capacitação dos cuidadores informais deve ser promovida como parte integrante do cuidado à pessoa com disfagia pós-extubação, com o objetivo de melhorar a segurança alimentar, a adesão às estratégias compensatórias e a continuidade dos cuidados no domicílio. *

	1 - Baixa prioridade	2	3	4	5 - Prioridade máxima
Prioridade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Comentário adicional ou sugestão final

42

Este conteúdo não foi criado nem é aprovado pela Microsoft. Os dados que submeter serão enviados para o proprietário do formulário.

 Microsoft Forms