

**ASSISTÊNCIA INTERDISCIPLINAR EM DISFAGIA DE ORIGEM
NEUROLÓGICA: INTERFACES ENTRE ENFERMAGEM E
FONOAUDIOLOGIA**

**INTERDISCIPLINARY CARE IN DYSPHAGIA OF NEUROLOGICAL
ORIGIN: INTERFACES BETWEEN NURSING AND SPEECH THERAPY**

Juliana Marques de Souza¹

Alexsandro N. Oliveira²

Diely Aparecida de Oliveira Soares³

Marilu de Souza Franco⁴

Sara Luciana de Andrade⁵

Fábio Caxico de Abreu Júnior⁶

Paulo Henrique Dias Trofelli⁷

Luís Carlos Bueno⁸

1 Bacharel em Fonoaudiologia pela Universidade de Guarulhos UNG; Especialista em Fonoaudiologia Hospitalar pela UNG - Universidade de Guarulhos – E-mail: julianamsfono@gmail.com Orcid: <https://orcid.org/0009-0008-9123-3753>

2 Mestrado em gestão de Cuidados da Saúde pela Universidade da Amazônia – UNAMA – E-mail: ano_alexandro@yahoo.com – Orcid: <https://orcid.org/0009-0001-7023-7092>

3 Bacharel em Fisioterapia pela Universidade Braz Cubas; Especialista em Fisioterapia Intensiva Adulto pela FABIC Physio Cursos. E-mail: fisiodielyoliveira@hotmail.com – Orcid: <https://orcid.org/0009-0003-6356-5500>

4 Mestranda em Gestão de Cuidados da Saúde pela Must University. Professora do Curso de Enfermagem na Universidade de Mogi das Cruzes – UMC. E-mail: alvimsamira420@gmail.com - Orcid: <https://orcid.org/0009-0001-9242-5449>

5 Mestranda pela Universidade Ivy Enber Christian University – E-mail: drasaraandrade@yahoo.com - ORCID iD: <https://orcid.org/0009-0004-6094-502X>

6 Mestrando em Saúde Pública pela Universidade IV Enber Christian Universit. E-mail: fabio.caxico01@gmail.com - ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-8606-5314>

7 Bacharel em Enfermagem pela Universidade de Mogi das Cruzes – UMC. E-mail: paulot-dias5@gmail.com - Orcid: <https://orcid.org/0009-0006-6733-8235>

8 Especialista em urgência e emergência , UTI Adulto , Cardiologia e Hemodinâmica , docência



Thiago Inocência Trofelli⁹

Cleber Aparecido Medeiros da Silva¹⁰

Samira Aparecida Pogianela Alvim¹¹

Resumo: Objetivo: analisar, à luz da literatura científica recente, as interfaces entre enfermagem e fonoaudiologia na assistência interdisciplinar ao paciente crítico com disfagia de origem neurológica, com ênfase na segurança do paciente em unidade de terapia intensiva. Método: revisão integrativa da literatura, com busca dirigida nas bases PubMed/MEDLINE, LILACS e SciELO, contemplando publicações entre 2021 e 2026. Utilizaram-se descritores DeCS/MeSH relacionados a disfagia, transtornos de deglutição, enfermagem, fonoaudiologia, terapia intensiva, acidente vascular cerebral e ventilação mecânica, combinados por operadores booleanos. Resultados: a literatura evidencia que a disfagia neurogênica, especialmente após acidente vascular cerebral, intubação orotraqueal prolongada e traqueostomia, está associada a pneumonia aspirativa, desnutrição, desidratação, prolongamento da internação, mortalidade e pior recuperação funcional. Identificaram-se cinco categorias temáticas: identificação precoce e estratificação de risco; monitorização clínica, ventilatória e hemodinâmica; intervenções de enfermagem; atuação fonoaudiológica especializada; e indicadores de qualidade assistencial em UTI. Conclusão: a assistência segura ao paciente crítico disfágico exige integração entre raciocínio clínico da enfermagem, avaliação fonoaudiológica especializada, protocolos institucionais, monitorização invasiva quando indicada, suporte hemodinâmico, manejo de ventilação mecânica, uso criterioso de drogas vasoativas e tomada de decisão baseada em evidências. A interdisciplinaridade reduz riscos evitáveis e qualifica a transição entre suporte crítico, reabilitação e recuperação funcional.

do ensino Superior Faculminas <https://orcid.org/0009-0005-2741-9471>

9 Mestrado em Políticas Públicas pela Universidade de Mogi das Cruzes - UMC. E-mail: thiagoinocenciotrofelli@gmail.com - Orcid: <https://orcid.org/0009-0002-8938-8525>

10 Especialista em Saúde Mental pela FACULESTE- Universidade de Minas Gerais. E-mail: clebinhoo79@gmail.com - Orcid: <https://orcid.org/0009-0006-0544-1472>

11 Mestranda em Gestão de Cuidados da Saúde pela Must University. Professora do Curso de Enfermagem na Universidade de Mogi das Cruzes - UMC. E-mail: alvimsamira420@gmail.com - Orcid: <https://orcid.org/0009-0001-9242-5449>



Palavras-chave: Disfagia; Transtornos de Deglutição; Enfermagem; Fonoaudiologia; Unidades de Terapia Intensiva; Acidente Vascular Cerebral; Segurança do Paciente.

Abstract: Objective: To analyze, in light of recent scientific literature, the interfaces between nursing and speech-language pathology in the interdisciplinary care of critically ill patients with neurogenic dysphagia, emphasizing patient safety in the intensive care unit. Method: An integrative literature review was conducted, searching the PubMed/MEDLINE, LILACS, and SciELO databases for publications from 2021 to 2026. DeCS/MeSH descriptors related to dysphagia, swallowing disorders, nursing, speech-language pathology, intensive care, stroke, and mechanical ventilation were used, combined with Boolean operators. Results: The literature shows that neurogenic dysphagia—particularly following stroke, prolonged orotracheal intubation, and tracheostomy—is associated with aspiration pneumonia, malnutrition, dehydration, prolonged hospital stays, mortality, and poorer functional recovery. Five thematic categories were identified: early identification and risk stratification; clinical, ventilatory, and hemodynamic monitoring; nursing interventions; specialized speech-language pathology care; and quality-of-care indicators in the ICU. Conclusion: Safe care for critically ill patients with dysphagia requires the integration of nursing clinical reasoning, specialized speech-language pathology assessment, institutional protocols, invasive monitoring when indicated, hemodynamic support, mechanical ventilation management, judicious use of vasoactive drugs, and evidence-based decision-making. An interdisciplinary approach reduces avoidable risks and improves the transition between critical care, rehabilitation, and functional recovery.

Keywords: Dysphagia; Swallowing Disorders; Nursing; Speech-Language Pathology; Intensive Care Units; Stroke; Patient Safety.



INTRODUÇÃO

A unidade de terapia intensiva (UTI) constitui ambiente assistencial de alta complexidade, destinado ao cuidado de pacientes com instabilidade clínica, falência orgânica aguda, necessidade de monitorização contínua, suporte hemodinâmico, ventilação mecânica invasiva ou não invasiva, uso de drogas vasoativas e vigilância multiprofissional permanente. Nesse contexto, a disfagia de origem neurológica representa uma condição clínica de elevada relevância, pois interfere diretamente na segurança da via aérea, na nutrição, na hidratação, na administração medicamentosa, na prevenção de broncoaspiração e na evolução funcional do paciente crítico.

A disfagia neurogênica pode decorrer de acidente vascular cerebral, traumatismo cranioencefálico, doenças neurodegenerativas, encefalopatias, lesões medulares, neuropatias, miopatias adquiridas na UTI, delirium, rebaixamento do nível de consciência e sequelas de intubação orotraqueal prolongada. Em pacientes críticos, essa condição frequentemente se sobrepõe a fatores como fraqueza muscular adquirida na UTI, sedação, alteração de reflexo de tosse, redução da sensibilidade faríngea, presença de cânula traqueal, reintubação, tempo prolongado de ventilação mecânica e instabilidade respiratória.

Dados epidemiológicos recentes demonstram a magnitude do problema. Revisão sistemática e metanálise publicada em 2024 estimou prevalência global de disfagia pós-AVC de 46,6%, com associação a infecções respiratórias, pneumonite, persistência da disfagia após a alta e aumento da mortalidade (Song et al., 2024). Em pacientes críticos submetidos à intubação orotraqueal, metanálise de 2024 estimou incidência agrupada de disfagia pós-extubação de 36%, variando conforme tempo de avaliação, duração da intubação e método diagnóstico utilizado (Yu et al., 2024).

A relevância clínica da disfagia na UTI ultrapassa a dificuldade de alimentação por via oral. Trata-se de marcador de vulnerabilidade, risco respiratório e necessidade de vigilância interdisciplinar. A literatura associa disfagia pós-extubação a pneumonia, aspiração, reintubação, prolongamento da internação hospitalar, aumento de custos, redução da qualidade de vida e mortalidade em curto e longo



prazo. Estudos recentes reforçam que a identificação sistemática da disfagia deve ser incorporada à rotina de segurança do paciente crítico, especialmente após extubação, em pacientes neurológicos, traqueostomizados ou com alteração do nível de consciência (Bertschi et al., 2025; Spronk et al., 2022).

Nessa perspectiva, a enfermagem ocupa posição estratégica, pois permanece à beira-leito durante 24 horas, monitora sinais clínicos, parâmetros ventilatórios e hemodinâmicos, administra medicamentos, acompanha aceitação alimentar, identifica tosse, engasgos, voz molhada, dessaturação, alteração de padrão respiratório e sinais precoces de broncoaspiração. A fonoaudiologia, por sua vez, atua na avaliação especializada da deglutição, na indicação de consistências alimentares seguras, na reabilitação funcional, na orientação de estratégias compensatórias, no manejo de traqueostomia e na interface com equipe médica, fisioterapia, nutrição e enfermagem.

O problema de pesquisa que orienta este estudo é: quais evidências recentes sustentam a assistência interdisciplinar entre enfermagem e fonoaudiologia no cuidado ao paciente crítico com disfagia de origem neurológica em UTI?

Justifica-se o estudo pela necessidade de qualificar protocolos institucionais, reduzir eventos adversos evitáveis, fortalecer a tomada de decisão baseada em evidências e ampliar a integração entre avaliação clínica de enfermagem e avaliação fonoaudiológica especializada. A disfagia neurogênica, quando negligenciada, compromete indicadores essenciais de qualidade assistencial, como pneumonia associada à aspiração, tempo de ventilação mecânica, tempo de permanência em UTI, taxa de reintubação, adequação nutricional, eventos de broncoaspiração e mortalidade.

Assim, o objetivo deste estudo foi analisar as evidências científicas recentes sobre a assistência interdisciplinar em disfagia de origem neurológica, destacando as interfaces entre enfermagem e fonoaudiologia no cuidado ao paciente crítico em UTI.



METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, método que permite reunir, analisar e sintetizar evidências provenientes de diferentes delineamentos metodológicos, favorecendo compreensão ampliada de fenômenos clínicos complexos e subsidiando a prática baseada em evidências.

A busca foi estruturada nas bases PubMed/MEDLINE, LILACS e SciELO, considerando publicações entre 2021 e 2026. Foram utilizados descritores controlados DeCS/MeSH e termos livres em português e inglês: “Disfagia”, “Deglutition Disorders”, “Neurogenic Dysphagia”, “Stroke”, “Acidente Vascular Cerebral”, “Critical Care”, “Intensive Care Units”, “Nursing Care”, “Enfermagem”, “Speech-Language Pathology”, “Fonoaudiologia”, “Mechanical Ventilation”, “Ventilação Mecânica”, “Post-extubation Dysphagia”, “Aspiration Pneumonia” e “Patient Safety”.

As estratégias de busca foram construídas com operadores booleanos: (“Deglutition Disorders” OR “Dysphagia” OR “Neurogenic Dysphagia”) AND (“Nursing Care” OR “Nursing”) AND (“Speech-Language Pathology” OR “Speech Therapy”); (“Post-extubation Dysphagia” OR “Dysphagia”) AND (“Intensive Care Units” OR “Critical Care”) AND (“Mechanical Ventilation”); (“Stroke” OR “Acidente Vascular Cerebral”) AND (“Dysphagia” OR “Deglutition Disorders”) AND (“Screening” OR “Assessment”); e (“Dysphagia” AND “Patient Safety” AND “Intensive Care”).

Foram incluídos artigos científicos originais, revisões sistemáticas, metanálises, diretrizes, consensos e estudos de implementação publicados entre 2021 e 2026, disponíveis em texto completo ou resumo estruturado, nos idiomas português, inglês ou espanhol, que abordassem disfagia de origem neurológica, disfagia pós-extubação, triagem de deglutição, assistência de enfermagem, fonoaudiologia, UTI, segurança do paciente ou manejo interdisciplinar.

Foram excluídos estudos pediátricos quando não aplicáveis ao paciente adulto crítico, relatos sem base metodológica clara, editoriais sem contribuição clínica direta, artigos duplicados, estudos exclusivamente ambulatoriais sem relação com cuidado crítico e publicações anteriores a 2021, exceto



quando citadas indiretamente por diretrizes recentes.

A análise dos estudos foi realizada por leitura crítica, extração dos principais achados e organização em categorias temáticas. Não foi realizada metanálise, em razão da heterogeneidade dos delineamentos, populações, instrumentos de avaliação e desfechos clínicos investigados.

RESULTADOS

A literatura analisada demonstrou que a assistência ao paciente crítico com disfagia neurogênica exige abordagem interdisciplinar, estruturada por protocolos, avaliação sequencial e comunicação efetiva entre enfermagem, fonoaudiologia, medicina, fisioterapia, nutrição e farmácia clínica. Os achados foram organizados em cinco categorias temáticas.

Quadro 1 – Síntese dos estudos selecionados na revisão integrativa

Autor/ano	Delineamento/foco	Principais achados	Contribuição para enfermagem e fonoaudiologia
Dziewas et al. (2021)	Diretriz europeia sobre disfagia pós-AVC	Recomenda triagem sistemática antes de dieta, líquidos ou medicações por via oral.	Sustenta protocolo institucional e acionamento precoce da fonoaudiologia.
Boaden et al. (2021)	Revisão Cochrane sobre triagem para risco de aspiração no AVC	Evidencia necessidade de instrumentos de triagem e cautela com variabilidade metodológica.	Apoia treinamento de enfermeiros para reconhecimento de risco.
Evans et al. (2021)	Diretriz internacional de sepse e choque séptico	Prioriza estabilização hemodinâmica, vasopressores e suporte orgânico em pacientes instáveis.	Orienta a decisão de não liberar via oral em choque, hipoperfusão ou instabilidade respiratória.
Warnecke et al. (2021)	Revisão sistemática e proposta classificatória de disfagia neurogênica	Relaciona topografia neurológica, fisiopatologia e manifestações clínicas da disfagia.	Fortalece raciocínio clínico na correlação entre lesão neurológica e risco de aspiração.
Spronk et al. (2022)	Estudo transversal internacional DICE em UTI	Mostrou lacunas na disponibilidade de fonoaudiologia e na identificação padronizada da disfagia em UTI.	Reforça necessidade de protocolos multiprofissionais e indicadores assistenciais.



Troll et al. (2023)	Validação do GUSS-ICU	Instrumento demonstrou utilidade para rastrear disfagia pós-extubação à beira-leito.	Pode apoiar triagem inicial, sem substituir avaliação fonoaudiológica especializada.
Song et al. (2024)	Revisão sistemática e metanálise sobre disfagia pós-AVC	Estimou prevalência global de 46,6% e associação com pneumonia e mortalidade.	Justifica triagem precoce e vigilância contínua da enfermagem.
Yu et al. (2024)	Revisão sistemática e metanálise sobre disfagia pós-extubação	Estimou incidência agrupada de 36% em pacientes críticos intubados.	Sustenta avaliação sistemática após extubação e prevenção de broncoaspiração.
Chen et al. (2024)	Revisão sistemática e metanálise de intervenções pós-extubação	Analizou eficácia e segurança de intervenções para disfagia após intubação prolongada.	Apoia reabilitação interdisciplinar e monitoramento de resposta clínica.
Bertschi et al. (2025)	Revisão narrativa sobre disfagia pós-extubação em UTI	Atualiza epidemiologia, mecanismos, diagnóstico e manejo clínico.	Integra ventilação mecânica, fraqueza adquirida na UTI, sepse e cuidado crítico.
Nielsen et al. (2025)	Estudo de implementação de triagem conduzida por enfermeiros	Demonstrou viabilidade da triagem por enfermeiros, com barreiras de adesão e documentação.	Destaca educação permanente, comunicação e governança clínica.
Trapl-Grundschober et al. (2025)	Estudo sobre administração oral de medicamentos em disfagia pós-AVC	Evidenciou riscos e desafios na administração de fármacos sólidos em pacientes disfágicos.	Reforça interface entre enfermagem, farmácia clínica e fonoaudiologia.

Fonte: elaborado pelo autor com base nos estudos selecionados (2026).

Identificação precoce e estratificação de risco

Os estudos reforçam que a triagem precoce da disfagia é essencial para reduzir pneumonia aspirativa, desnutrição, desidratação e mortalidade. No AVC, diretrizes europeias recomendam triagem sistemática de disfagia em todos os pacientes, especialmente antes da liberação de dieta oral, medicamentos por via oral ou líquidos (Dziewas et al., 2021).

Na UTI, a disfagia pós-extubação tem elevada incidência e pode ocorrer mesmo em pacientes sem doença neurológica prévia. Entretanto, pacientes neurológicos apresentam risco aumentado em razão de déficits motores, sensitivos, cognitivos, alterações de consciência e comprometimento dos



reflexos protetores de via aérea. A validação do GUSS-ICU demonstrou que instrumentos padronizados podem apoiar a identificação de risco de disfagia pós-extubação, embora não substituam a avaliação fonoaudiológica especializada ou exames instrumentais, como FEES, quando disponíveis (Troll et al., 2023).

Para a enfermagem, a estratificação de risco deve considerar diagnóstico neurológico, tempo de intubação, presença de traqueostomia, reintubação, nível de consciência, escala RASS, capacidade de manter sedestação, tosse efetiva, controle de secreções, estabilidade respiratória, saturação periférica de oxigênio, padrão ventilatório, uso de drogas vasoativas e suporte hemodinâmico em curso.

Monitorização clínica, ventilatória e hemodinâmica

A decisão sobre iniciar triagem de deglutição, liberar via oral ou encaminhar para avaliação fonoaudiológica deve estar integrada à condição clínica global do paciente. Em UTI, não é seguro avaliar deglutição de forma isolada, sem considerar monitorização invasiva, pressão arterial média, frequência respiratória, necessidade de oxigênio suplementar, parâmetros de ventilação mecânica, nível de sedação, delirium, fadiga e perfusão tecidual.

Pacientes em choque séptico, instabilidade pós-parada cardiorrespiratória, hipoxemia persistente, uso crescente de noradrenalina ou outro vasopressor, acidose metabólica, rebaixamento neurológico ou alto risco de reintubação não devem ser submetidos precocemente a dieta oral sem avaliação criteriosa. As diretrizes da Surviving Sepsis Campaign orientam abordagem protocolizada da sepse e choque séptico, incluindo suporte hemodinâmico, ressuscitação guiada por metas clínicas, vasopressores quando indicados e nutrição enteral precoce em pacientes capazes de recebê-la (Evans et al., 2021).

Do mesmo modo, as diretrizes de ressuscitação cardiopulmonar e cuidados pós-parada da American Heart Association destacam estabilização inicial, manejo respiratório, tratamento das



causas reversíveis, controle hemodinâmico e cuidado pós-retorno da circulação espontânea antes da reabilitação funcional intensiva (American Heart Association, 2025). A relação com a disfagia é direta: pacientes pós-parada, pós-AVC ou pós-sepse frequentemente apresentam alteração neurológica, fraqueza, delirium e risco de aspiração, exigindo que a enfermagem integre raciocínio clínico crítico e avaliação funcional.

Intervenções de enfermagem no cuidado ao paciente disfágico

As intervenções de enfermagem são decisivas para prevenção de eventos adversos. Entre as principais ações, destacam-se: manter cabeceira elevada entre 30° e 45°; avaliar nível de consciência antes de qualquer oferta oral; observar tosse, engasgos, alteração vocal, escape oral, fadiga durante alimentação, dessaturação, taquipneia e acúmulo de secreções; comunicar precocemente a fonoaudiologia; registrar achados de forma padronizada; assegurar higiene oral rigorosa; controlar administração de medicamentos por via oral; e suspender dieta quando houver sinais de broncoaspiração.

A implementação de triagem de disfagia conduzida por enfermeiros em UTI mostrou-se possível, embora dependente de treinamento, apoio institucional, documentação adequada e integração com a equipe multiprofissional. Estudo de implementação publicado em 2025 apontou que a triagem conduzida por enfermeiros pode facilitar ingestão oral segura e identificar pacientes que necessitam de avaliação especializada, mas também evidenciou barreiras relacionadas à adesão ao protocolo, comunicação e documentação (Nielsen et al., 2025).

No paciente crítico, o raciocínio clínico de enfermagem deve responder a perguntas objetivas: o paciente está acordado e responsivo? Apresenta estabilidade hemodinâmica? Está em uso de drogas vasoativas em dose estável ou crescente? Mantém saturação adequada? Tem tosse efetiva? Controla secreções? Está com delirium? Apresenta sinais de fadiga respiratória? Possui prescrição fonoaudiológica ou restrição de via oral? Essas variáveis devem nortear a tomada de decisão e prevenir



condutas automatizadas.

3.4 Atuação fonoaudiológica especializada e interfaces com a enfermagem

A fonoaudiologia atua na avaliação clínica e instrumental da deglutição, classificação da gravidade da disfagia, definição de consistências alimentares seguras, prescrição de estratégias compensatórias, reabilitação da musculatura orofaríngea, manejo de traqueostomia, adaptação de válvula de fala quando indicada, orientação da equipe e acompanhamento da progressão da via oral.

A integração com a enfermagem é essencial porque a efetividade das orientações fonoaudiológicas depende da execução segura no leito: posicionamento, oferta alimentar no ritmo adequado, supervisão, controle de volume, identificação de sinais de aspiração, manutenção de higiene oral, administração medicamentosa compatível com disfagia e registro de intercorrências. A enfermagem não substitui a fonoaudiologia, mas amplia a vigilância clínica e operacionaliza as recomendações no cuidado contínuo.

Consensos recentes sobre manejo de distúrbios de deglutição em UTI defendem abordagem multiprofissional, com protocolos para triagem, avaliação especializada, critérios de via oral, manejo de traqueostomia e segurança respiratória (Likar et al., 2024). Projetos interprofissionais com participação de fonoaudiologia, enfermagem, fisioterapia, medicina e terapia ocupacional também demonstram potencial para reduzir tempo de cânula traqueal, acelerar decanulação segura e diminuir permanência em UTI (Konradi et al., 2025).

Indicadores de qualidade e segurança do paciente crítico

A disfagia deve ser incorporada aos indicadores de qualidade assistencial da UTI. Entre os indicadores relevantes, destacam-se: percentual de pacientes extubados triados para disfagia antes da primeira dieta oral; tempo entre extubação e triagem de deglutição; tempo entre identificação de risco e avaliação fonoaudiológica; taxa de pneumonia aspirativa; episódios de broncoaspiração; taxa de reintubação associada à aspiração; adequação de via alimentar; tempo de ventilação mecânica;



tempo de permanência em UTI; adesão à higiene oral; conformidade com prescrição de consistência alimentar; e eventos adversos relacionados à administração de medicamentos por via oral.

Esses indicadores conectam a assistência em disfagia aos princípios de segurança do paciente crítico, prevenção de danos, comunicação efetiva, trabalho em equipe, uso racional de protocolos e vigilância clínica contínua.

DISCUSSÃO

Os achados desta revisão demonstram que a disfagia neurogênica deve ser compreendida como condição clínica de alto impacto, e não apenas como alteração funcional da alimentação. Em pacientes críticos, a disfagia expressa a interação entre dano neurológico, fraqueza muscular, comprometimento sensório-motor, alterações respiratórias, instabilidade hemodinâmica e consequências do suporte intensivo.

A literatura recente reforça que a disfagia pós-AVC permanece altamente prevalente e clinicamente relevante. A metanálise de Song et al. (2024) demonstrou prevalência global de 46,6%, com maior risco em pacientes com AVC hemorrágico, idade avançada, fibrilação atrial, hipertensão, AVC prévio e maior gravidade neurológica. Esse achado exige que a enfermagem em UTI neurológica mantenha vigilância ampliada desde a admissão, não apenas no momento da alimentação.

No paciente submetido à ventilação mecânica, a disfagia pós-extubação constitui complicação frequente e subdiagnosticada. Yu et al. (2024) estimaram incidência de 36% em pacientes críticos intubados, enquanto estudos de coorte indicam associação com mortalidade de longo prazo e pior recuperação funcional. Isso revela que a extubação bem-sucedida do ponto de vista respiratório não significa, necessariamente, recuperação segura da deglutição. A avaliação pós-extubação deve ser compreendida como etapa de segurança da via aérea e não apenas como liberação dietética.

A atuação da enfermagem torna-se central pela capacidade de identificar mudanças clínicas em tempo real. O enfermeiro deve correlacionar achados neurológicos, ventilatórios e hemodinâmicos



antes de liberar ou manter restrição de via oral. Um paciente com AVC extenso, RASS negativo, tosse fraca, uso de noradrenalina, taquipneia e necessidade crescente de oxigênio apresenta risco elevado para aspiração e deterioração respiratória. Nesse cenário, a conduta segura é manter via oral suspensa, garantir nutrição por via alternativa conforme prescrição, acionar fonoaudiologia, discutir com equipe médica e registrar criteriosamente a justificativa clínica.

A interface com a fonoaudiologia permite maior precisão diagnóstica e terapêutica. Enquanto a enfermagem identifica sinais de risco e monitora continuamente a resposta do paciente, a fonoaudiologia define parâmetros funcionais da deglutição, consistências alimentares, necessidade de exames instrumentais, exercícios terapêuticos e estratégias compensatórias. O GUSS-ICU, validado em 2023, demonstrou boa capacidade discriminativa para identificação de disfagia pós-extubação, com sensibilidade elevada quando comparado à FEES, reforçando o potencial dos instrumentos padronizados em ambiente crítico (Troll et al., 2023).

Entretanto, a adoção de instrumentos não deve gerar falsa segurança. A disfagia na UTI é dinâmica. O paciente pode apresentar melhora ou piora conforme fadiga, delirium, secreção, sepse, sedação, alteração ventilatória ou progressão neurológica. Assim, mesmo após uma triagem inicial favorável, a enfermagem deve manter vigilância durante refeições, administração de medicamentos e mobilização. A avaliação deve ser reprocessada diante de tosse, queda de saturação, alteração vocal, febre, aumento de secreção, infiltrado pulmonar novo ou alteração do nível de consciência.

A administração de medicamentos sólidos em pacientes disfágicos representa ponto crítico de segurança. Comprimidos triturados inadequadamente, cápsulas abertas sem avaliação farmacêutica, administração com líquidos finos ou mistura em alimentos incompatíveis podem causar aspiração, perda de eficácia farmacológica, obstrução de sondas e eventos adversos. Estudos recentes apontam que a administração medicamentosa em pacientes pós-AVC disfágicos constitui desafio relevante para a enfermagem, exigindo integração com farmácia clínica e fonoaudiologia (Trapl-Grundschober et al., 2025).

No contexto da sepse, a aplicação da Surviving Sepsis Campaign deve orientar a priorização



clínica. Pacientes em sepse ou choque séptico necessitam controle infeccioso, antibioticoterapia, reposição volêmica, vasopressores, monitorização da perfusão, lactato e estabilidade hemodinâmica antes de intervenções funcionais avançadas. A disfagia pode agravar risco de pneumonia aspirativa, mas a avaliação da deglutição só deve ocorrer quando houver estabilidade mínima para participação segura. Portanto, protocolos de disfagia não competem com protocolos de sepse; eles se articulam no continuum de cuidado crítico.

De forma semelhante, os protocolos ACLS e cuidados pós-parada cardiorrespiratória direcionam estabilização da via aérea, ventilação, circulação e causas reversíveis. Após retorno da circulação espontânea, pacientes podem apresentar encefalopatia hipóxico-isquêmica, necessidade de ventilação mecânica, sedação, instabilidade hemodinâmica e risco de aspiração. A reintrodução da dieta oral nesse grupo deve ser tardia, criteriosa e interdisciplinar, respeitando nível neurológico, proteção de via aérea e estabilidade cardiorrespiratória.

A discussão também aponta implicações educacionais e gerenciais. A UTI deve possuir protocolo institucional de disfagia pós-extubação e disfagia neurogênica, com critérios objetivos de triagem, fluxos de acionamento da fonoaudiologia, padronização de consistências alimentares, orientação de higiene oral, critérios para suspensão de dieta e indicadores de monitoramento. A educação permanente da equipe de enfermagem é indispensável para reduzir variações assistenciais e garantir que a triagem não seja apenas uma tarefa documental, mas uma ação clínica fundamentada.

Como limitação, esta revisão apresenta síntese narrativa e integrativa, sem metanálise própria e sem avaliação formal do risco de viés de todos os estudos incluídos. Além disso, a heterogeneidade dos instrumentos de triagem, populações, tempos de avaliação pós-extubação e critérios diagnósticos dificulta comparações diretas. Recomenda-se que futuras pesquisas brasileiras avaliem protocolos interdisciplinares em UTI, impacto da triagem conduzida por enfermeiros, tempo até avaliação fonoaudiológica, ocorrência de pneumonia aspirativa e custo-efetividade da implementação de programas de prevenção da disfagia.



CONCLUSÃO

A assistência interdisciplinar em disfagia de origem neurológica constitui componente essencial da segurança do paciente crítico em UTI. As evidências recentes demonstram que a disfagia pós-AVC e a disfagia pós-extubação apresentam elevada prevalência, associação com pneumonia aspirativa, desnutrição, desidratação, prolongamento da internação, reintubação, mortalidade e pior recuperação funcional.

A enfermagem exerce papel estratégico na identificação precoce, monitorização clínica contínua, manutenção da segurança da via aérea, higiene oral, posicionamento, vigilância durante alimentação, administração segura de medicamentos, documentação e comunicação de risco. A fonoaudiologia complementa esse processo por meio da avaliação especializada, definição de consistências, reabilitação da deglutição, manejo de traqueostomia e orientação técnica à equipe.

A integração entre enfermagem e fonoaudiologia deve estar articulada aos protocolos de UTI, incluindo manejo da ventilação mecânica, monitorização invasiva, suporte hemodinâmico, uso de drogas vasoativas, Surviving Sepsis Campaign, ACLS e indicadores de segurança do paciente. A tomada de decisão deve ser baseada em evidências, mas também contextualizada pela condição clínica individual, estabilidade respiratória, perfusão, nível de consciência e capacidade funcional do paciente.

Conclui-se que protocolos interdisciplinares, educação permanente, triagem sistemática, avaliação fonoaudiológica oportuna e indicadores assistenciais são fundamentais para reduzir complicações evitáveis e qualificar o cuidado ao paciente crítico com disfagia neurogênica.

REFERÊNCIAS

AMERICAN HEART ASSOCIATION. 2025 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Circulation, Dallas, 2025.



BERTSCHI, D. et al. Post-extubation dysphagia in the ICU: a narrative review: epidemiology, mechanisms and clinical management (Update 2025). *Critical Care*, London, v. 29, p. 244, 2025. DOI: 10.1186/s13054-025-05423-6.

BOADEN, E. et al. Screening for aspiration risk associated with dysphagia in acute stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Oxford, n. 10, CD012679, 2021. DOI: 10.1002/14651858.CD012679.pub2.

CHANG, Y. C. et al. Identifying high-quality non-instrumental dysphagia screening tools in acute-care settings: a systematic review. *Dysphagia*, New York, 2024.

CHEN, L. et al. Interventions for postextubation dysphagia in critically ill patients: a systematic review and meta-analysis. *Dysphagia*, New York, v. 39, n. 6, p. 1013-1024, 2024. DOI: 10.1007/s00455-024-10695-1.

DZIEWAS, R. et al. European Stroke Organisation and European Society for Swallowing Disorders guideline for the diagnosis and treatment of post-stroke dysphagia. *European Stroke Journal*, London, v. 6, n. 3, p. LXXXIX-CXV, 2021. DOI: 10.1177/23969873211039721.

EVANS, L. et al. Surviving Sepsis Campaign: international guidelines for management of sepsis and septic shock 2021. *Intensive Care Medicine*, Berlin, v. 47, n. 11, p. 1181-1247, 2021. DOI: 10.1007/s00134-021-06506-y.

KONRADI, J. et al. Interprofessional quality improvement project to reduce the length of stay of tracheostomized patients in a multi-etiological intensive care unit: the contribution of speech and language therapy to the overall result. *Journal of Clinical Medicine*, Basel, v. 15, n. 1, p. 303, 2025. DOI: 10.3390/jcm15010303.

LABEIT, B. et al. Dysphagia after stroke: research advances in treatment interventions. *The Lancet Neurology*, London, v. 23, n. 4, p. 418-428, 2024. DOI: 10.1016/S1474-4422(24)00053-X.

LIKAR, R. et al. Management of swallowing disorders in ICU patients: a multinational expert opinion. *Journal of Critical Care*, Philadelphia, v. 79, p. 154447, 2024. DOI: 10.1016/j.jcrc.2023.154447.

MANCIN, S. et al. Dysphagia screening post-stroke: systematic review. *BMJ Supportive & Palliative Care*, London, v. 13, n. 3, p. e641-e650, 2024. DOI: 10.1136/spcare-2022-004144.



NIELSEN, A. H. et al. Nurse-led dysphagia screening in the intensive care unit: an implementation study. *Australian Critical Care*, Amsterdam, v. 38, n. 1, 101100, 2025. DOI: 10.1016/j.aucc.2024.07.081.

OLIVEIRA, I. de J. et al. Best practice recommendations for dysphagia management in stroke patients: a consensus from a Portuguese expert panel. *Portuguese Journal of Public Health*, Basel, v. 39, n. 3, p. 145-162, 2022. DOI: 10.1159/000520505.

RIVELSRUD, M. C. et al. Prevalence of oropharyngeal dysphagia in adults in different healthcare settings: a systematic review and meta-analyses. *Dysphagia*, New York, v. 38, n. 1, p. 76-121, 2023. DOI: 10.1007/s00455-022-10465-x.

SCHANDL, A. et al. Identifying dysphagia in the intensive care unit: validation of the Swedish version of the Gugging Swallowing Screen-Intensive Care Unit. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, Copenhagen, v. 69, n. 5, e70031, 2025. DOI: 10.1111/aas.70031.

SONG, W. et al. Prevalence, risk factors, and outcomes of dysphagia after stroke: a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Neurology*, Lausanne, v. 15, 1403610, 2024. DOI: 10.3389/fneur.2024.1403610.

SPRONK, P. E. et al. Dysphagia in Intensive Care Evaluation (DICE): an international cross-sectional survey. *Dysphagia*, New York, v. 37, n. 6, p. 1451-1460, 2022. DOI: 10.1007/s00455-021-10389-y.

TRAPL-GRUNDSCHÖBER, M. et al. Oral intake of solid medications in patients with post-stroke dysphagia: a challenge for nurses? *Journal of Clinical Nursing*, Oxford, v. 34, n. 3, p. 872-882, 2025. DOI: 10.1111/jocn.17081.

TROLL, C. et al. 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*, London, v. 23, p. 122, 2023. DOI: 10.1186/s12871-023-02072-6.

WARNECKE, T. et al. Neurogenic dysphagia: systematic review and proposal of a classification system. *Neurology*, Minneapolis, v. 96, n. 6, p. e876-e889, 2021. DOI: 10.1212/WNL.0000000000011350.

YU, W. et al. Incidence of post-extubation dysphagia among critical care patients undergoing orotracheal intubation: a systematic review and meta-analysis. *European Journal of Medical Research*,



London, v. 29, n. 1, p. 444, 2024. DOI: 10.1186/s40001-024-02024-x.

ZUERCHER, P. et al. Dysphagia post-extubation affects long-term mortality in mixed adult ICU patients: data from a large prospective observational study with systematic dysphagia screening. *Critical Care Explorations*, Philadelphia, v. 4, n. 6, e0714, 2022. DOI: 10.1097/CCE.0000000000000714.

