



**(Re)capacitação do utente com acidente vascular cerebral e alterações da
deglutição e do seu familiar cuidador para a prevenção de aspiração no domicílio:
Contributo do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação**

Joana Catarina Barbosa Sousa

Novembro 2023

Porto



**(Re)capacitação do utente com acidente vascular cerebral e alterações da
deglutição e do seu familiar cuidador para a prevenção de aspiração no domicílio:
Contributo do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação**

Joana Catarina Barbosa Sousa

Dissertação no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação orientada pela
Professora Doutora Inês Rocha, coorientada pela Professora Doutora Goreti Marques e
apresentada à Escola Superior de Saúde de Santa Maria.

Novembro 2023

Porto

*“A ciência é mais que um corpo de conhecimento, é uma forma de pensar, uma forma
cética de interrogar o universo, com pleno conhecimento da falibilidade humana.”*

Carl Sagan.

AGRADECIMENTOS

Quero expressar os meus sinceros agradecimentos a várias pessoas que desempenharam um papel fundamental na realização desta dissertação de mestrado.

Agradeço à Professora Doutora Inês Alves da Rocha e Silva Rocha pela orientação, apoio e inspiração extraordinários ao longo deste percurso académico. A sua dedicação incansável à minha educação e ao desenvolvimento deste projeto foram verdadeiramente notáveis.

À Professora Doutora Goreti Marques pelo incentivo, pela assertividade nos momentos-chave e pela disponibilidade durante todo o percurso.

À minha filha, Clarinha, pela compreensão e amor incondicional durante este processo desafiador. A tua presença trouxe equilíbrio à minha vida e inspiração para superar obstáculos.

Ao meu marido, pelo apoio, compreensão e incentivo ao longo de todo este percurso. Este trabalho é também um reflexo do nosso trabalho em equipa.

Aos meus pais, o meu profundo agradecimento pelo seu amor inabalável, incentivo constante e apoio incansável que tornaram possível a minha educação. São, sem dúvida, a minha maior fonte de inspiração no quer saber ser, estar e fazer.

À minha amiga Inês, que sempre esteve ao meu lado, pelo seu apoio emocional e incentivo constante. Uma pessoa que chegou à minha vida de levezinho e que neste momento tem tanto peso na minha vida. Obrigada por seres tanto!

Às minhas amigas Helena e Raquel, pela amizade inesgotável, pelo amor incondicional e por acreditarem em mim (talvez mais do que eu própria).

Aos meus amigos Diana e Amílcar, pela sua amizade, pela aprendizagem constante e por me permitirem crescer ao vosso lado.

A todos vocês, o meu mais sincero reconhecimento.

CHAVE DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

AVC	Acidente Vascular Cerebral
EEER	Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação
ESSSM	Escola Superior de Saúde de Santa Maria
FC	Familiar Cuidador
GUSS	<i>Gugging Swallowing Screen</i>
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
OE	Ordem dos Enfermeiros
RIL	Revisão Integrativa da Literatura

RESUMO

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é uma das principais causas de incapacidade em todo o mundo, resultando muitas vezes em alterações da deglutição e por consequência, num elevado risco de aspiração. Para garantir um ambiente seguro e melhorar a qualidade de vida dos utentes após um AVC, é fundamental fornecer orientação e estratégias adequadas aos familiares cuidadores (FC). Nesse contexto, os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação (EEER) desempenham um papel crucial.

A pesquisa começa por explorar o impacto do AVC e das alterações da deglutição na vida dos utentes e dos seus FC, em contexto domiciliário. Além disso, destaca a importância da prevenção da aspiração, enquanto complicação grave associada a alterações da deglutição após um AVC. Em seguida, analisa como o EEER pode desempenhar um papel central na validação do conhecimento dos utentes e FC sobre as estratégias de prevenção de aspiração.

Nesse sentido, o objetivo geral deste trabalho científico é mapear e analisar a evidência sobre a importância da (re)capacitação e validação do conhecimento do utente com AVC e alterações da deglutição e do seu FC, e tem como finalidade propor um protocolo de atuação do EEER no âmbito da prevenção da aspiração no domicílio.

De facto, a presente investigação elenca abordagens práticas, métodos de ensino e ferramentas de avaliação que os EEER podem utilizar para transmitir/validar eficazmente o conhecimento dos utentes e seus FC, capacitando-os para lidar com os desafios da deglutição pós-AVC no domicílio. Esta (re)capacitação não melhora apenas a segurança do utente, como também contribui para uma melhor qualidade de vida pós-AVC tanto do utente, como do seu FC.

Palavras-chave: AVC; Alterações da deglutição; Familiar cuidador; Enfermagem de Reabilitação.

ABSTRACT

Stroke is one of the leading causes of disability worldwide, often resulting in swallowing difficulties and, consequently, in a higher risk of aspiration. To ensure a safe environment and enhance the quality of life for patients after a stroke, it is essential to provide guidance and suitable strategies to informal caregivers (ICs). In this context, Specialist Nurses in Rehabilitation Nursing (SRNs) play a crucial role.

The research begins by exploring the impact of stroke and swallowing changes in the lives of patients and their ICs in a home setting. Moreover, it underscores the importance of aspiration prevention, a severe complication associated with swallowing alterations after a stroke. Subsequently, it analyses how SRNs can play a central role in validating the knowledge of patients and their ICs regarding aspiration prevention strategies.

In this regard, the overarching goal of this scientific work is to map and analyse the evidence concerning the significance of (re)training and validating the knowledge of stroke patients and their ICs. The ultimate purpose is to propose an SRN intervention protocol for the prevention of aspiration at home.

This research lists several practical approaches, teaching methods, and assessment tools that SRNs can effectively employ to impart/validate the knowledge of patients and their ICs, empowering them to address the challenges of post-stroke swallowing in a home environment. This (re)training not only enhances the safety of the patient but also contributes to a better quality of life post-stroke for both the patient and his IC.

Keywords: Stroke; Swallowing disorders; Family caregiver; Rehabilitation Nursing.

SUMÁRIO

ÍNDICE DE TABELAS	10
ÍNDICE DE ILUSTRAÇÕES.....	11
INTRODUÇÃO	13
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	17
1.1. O UTENTE COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL E ALTERAÇÕES DA DEGLUTIÇÃO.....	19
1.2. A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NOS UTENTES COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL E ALTERAÇÕES DA DEGLUTIÇÃO	23
1.3. O PROCESSO DE TRANSIÇÃO DO UTENTE COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL E ALTERAÇÕES DA DEGLUTIÇÃO E DO SEU FAMILIAR CUIDADOR.....	27
2. PERCURSO METODOLÓGICO: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA	33
2.1 METODOLOGIA	33
2.2. RESULTADOS.....	36
2.3. DISCUSSÃO.....	38
2.4. CONCLUSÃO.....	43
3. PROTOCOLO DE ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO SOBRE: (RE)CAPACITAÇÃO DO UTENTE COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL E ALTERAÇÕES DA DEGLUTIÇÃO E DO SEU FAMILIAR CUIDADOR PARA A PREVENÇÃO DE ASPIRAÇÃO NO DOMICÍLIO	45
CONCLUSÃO.....	57
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	59

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: <i>AVC isquêmico e manifestações clínicas</i>	18
Tabela 2: <i>AVC hemorrágico e manifestações clínicas</i>	19
Tabela 3: <i>Consistência e textura das dietas</i>	25
Tabela 4: <i>Estratégias compensatórias da deglutição.</i>	26
Tabela 5: <i>Descritores MeSh</i>	34
Tabela 6: <i>Caracterização dos estudos incluídos na RIL</i>	36

ÍNDICE DE ILUSTRAÇÕES

Ilustração 1: <i>Consistência e textura das dietas</i>	25
Ilustração 2: <i>Processo de identificação dos estudos: PRISMA Diagram Flow</i>	35

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas há registo de grandes alterações a nível da sociedade, sendo que as políticas de saúde, a prática clínica e a investigação científica deparam-se com grandes desafios. As alterações demográficas, os comportamentos/estilos de vida pouco saudáveis, os acidentes de viação e trabalho, e o progressivo aumento da incidência/prevalência de pessoas com doenças crónicas, representam custos a nível pessoal, familiar, profissional, social e económico cada vez mais elevados, tendo muitas vezes repercussões na sua qualidade de vida (Vieira et al., 2016)

O envelhecimento da população portuguesa é hoje uma realidade, relacionado com o declínio da natalidade, mas também com o aumento da esperança média de vida, levando assim a um progressivo acréscimo das doenças crónicas, que originam dependência a nível físico, emocional e social (Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico - OCDE, 2014).

A OCDE identifica as doenças cardiovasculares como sendo as que têm uma maior taxa de mortalidade na União Europeia, representando uma percentagem de cerca de 36% em 2010. Estas doenças abrangem, entre outras doenças, as doenças cerebrovasculares (Direção Geral da Saúde, 2017).

De acordo com a Sociedade Portuguesa do AVC (2016), em Portugal a cada cinco minutos ocorre um AVC e a cada hora morrem dois portugueses com a doença. Contudo, metade dos indivíduos que sobrevivem a um AVC ficam com uma incapacidade parcial e uma em cada seis pessoas terá um AVC ao longo da vida.

No entanto, apesar de se verificar um declínio da taxa de mortalidade das doenças cerebrovasculares (19,7%) em especial no AVC Isquémico (redução de 39% abaixo dos 70 anos), esta doença continua a ser a primeira causa de morte em Portugal, sendo que 18,6% são de origem hemorrágica e 46,6% de origem isquémica (Direção Geral da Saúde, 2017).

Neste sentido, é importante salientar que a reabilitação neurológica é de extrema importância, uma vez que visa promover a independência funcional em todos os contextos que a pessoa possa estar envolvida (OMS - Organização Mundial de Saúde, 2003), devendo, por isso, ser iniciada o mais precocemente possível. Compreende-se então que o EEER detém um papel fundamental na avaliação dos défices, na identificação dos diagnósticos, no planeamento e na implementação das intervenções

que culminem na adequada preparação da pessoa e do FC para o regresso a casa, bem como na referenciação para a comunidade ou outra instituição que promova a continuidade dos cuidados de reabilitação, a potencialização da independência e a readaptação funcional (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Após o AVC, 50% dos doentes que sobrevivem a este acontecimento ficam com limitações ao nível do autocuidado, da deglutição, do movimento corporal, do equilíbrio, da eliminação vesical e intestinal, da sexualidade, no andar e, até, com compromisso nas funções cognitivas (Rua, 2012). Todas estas alterações têm um forte impacto na sociedade, com alterações significativas ao nível do estado de saúde dos doentes afetados por esta patologia, sendo por este motivo causa de longos internamentos hospitalares em todas as instituições industrializadas (Theofanidis & Gibbon, 2016).

Para que a reabilitação na fase aguda atinja os melhores resultados, é necessária a conjugação de esforços das equipas interdisciplinares, sendo que todos os membros devem ter uma meta comum, de modo que o programa de reabilitação se torne realmente eficiente. Os resultados da reabilitação não dependem apenas de um conjunto de técnicas, mas da continuidade, coordenação e inter-relação do trabalho desenvolvido por toda a equipa com o objetivo da resolução de problemas e da obtenção de ganhos em qualidade de vida e bem-estar (Menoita, 2012).

De acordo com Silveira (2013), a recuperação neurológica é mais significativa nos três a seis meses após o AVC, sendo as primeiras semanas cruciais para o progresso na recuperação, pois é quando se observam os principais sinais de melhoria se o doente for devidamente estimulado e reabilitado. Assim sendo, torna-se essencial que o programa de reabilitação seja iniciado o mais precocemente possível, ou seja, assim que a pessoa esteja hemodinamicamente estável (Roldão & Conceição, 2019).

No entanto, o processo de recuperação depende não só das características da pessoa, como também de diversos fatores envolventes. A reabilitação realizada por EEER torna-se, por isso, imprescindível para minimizar défices, maximizar a qualidade de vida, aumentar a funcionalidade e promover a integração na sociedade dos utentes com AVC e alterações da deglutição e dos seus familiares cuidadores (Veira, 2013).

A realização deste trabalho de investigação antevê o desenvolvimento de conhecimento específico na área de Enfermagem de Reabilitação. Com a sua

concretização pretende-se contribuir para uma melhor atuação do EEER na (re)capacitação do utente com AVC e alterações da deglutição e do seu FC no domicílio e, consequentemente, concorrer para uma prática clínica mais consistente.

Desta forma, o objetivo geral deste trabalho científico é mapear e analisar a evidência sobre a importância da (re)capacitação e validação do conhecimento do utente com AVC e alterações da deglutição e do seu FC, e tem como finalidade propor um protocolo de atuação do EEER no âmbito da prevenção de aspiração no domicílio.

De facto, a presente investigação elenca abordagens práticas, métodos de ensino e ferramentas de avaliação que os EEER podem utilizar para transmitir/ validar eficazmente o conhecimento dos utentes e seus FC, capacitando-os para lidar com os desafios da deglutição pós-AVC no domicílio. Esta (re)capacitação não melhora apenas a segurança do utente, como também contribui para uma melhor qualidade de vida pós-AVC tanto do utente, como do seu FC.

No que concerne à estrutura, este trabalho encontra-se organizado em quatro capítulos. Na introdução é explicitada a estrutura da dissertação e qual o seu objetivo geral.

O primeiro capítulo diz respeito ao enquadramento teórico, sendo abordados temas como o utente com AVC e alterações da deglutição, o processo de transição do mesmo e do seu FC, e a importância da intervenção do EEER no acompanhamento destas pessoas em contexto domiciliário. No segundo capítulo é descrito, de forma pormenorizada, o percurso metodológico realizado, tendo-se optado por realizar uma revisão integrativa da literatura (RIL) para mapear a evidência existente sobre o contributo do EEER no ensino ao FC dos utentes com AVC e alterações da deglutição para a prevenção de aspiração no domicílio. Por sua vez, no terceiro capítulo, é apresentada a sugestão de um protocolo de atuação do EEER no âmbito da temática apresentada.

O quarto capítulo compreende uma conclusão global e integrativa dos resultados obtidos quer na RIL, quer no protocolo de atuação do EEER, de acordo com a literatura existente, incluindo igualmente a explicitação das limitações deste estudo e sugestões para futuras investigações.

Finaliza-se a dissertação com a apresentação das referências bibliográficas utilizadas no primeiro, segundo e quarto capítulo, dado o protocolo de atuação do EEER (terceiro capítulo) integrar as referências bibliográficas utilizadas *per si*.

1. ENQUADRAMENTO TÉORICO

O AVC é uma condição neurológica aguda caracterizada por uma interrupção no fluxo sanguíneo para o cérebro, resultando em lesões cerebrais (Benjamin et al., 2017).

Segundo a OMS (2009), o AVC muitas vezes também denominado de derrame cerebral, ocorre quando há uma interrupção súbita do fluxo sanguíneo para uma parte do cérebro, ou quando há o rompimento de um vaso sanguíneo, resultando num compromisso neurológico focal ou global, de ocorrência súbita e duração superior a 24 horas.

A OMS (2022) refere que o AVC é a doença cerebrovascular mais frequente, com uma incidência mundial de mais de 12,2 milhões de vítimas por ano, que uma em cada quatro pessoas com mais de 25 anos terá um AVC no decorrer da sua vida e afirma ainda que existem atualmente mais de 101 milhões de pessoas a viver após o evento cerebral.

Em Portugal, em 2020, as doenças cerebrovasculares continuam a representar a maior causa de mortalidade com um número de 11 439 óbitos, que em termos estatísticos equivale uma percentagem de 9,2% (INE, 2020).

Para a *American Stroke Association* (2015) os AVC são classificados de acordo com as suas causas subjacentes, distinguindo-se principalmente, em dois tipos: o AVC isquémico e o AVC hemorrágico. O AVC isquémico é o tipo mais comum de AVC e ocorre quando um coágulo sanguíneo bloqueia uma artéria no cérebro, interrompendo o fluxo de sangue para uma área específica, sendo que a falta de oxigénio e nutrientes, leva à morte das células cerebrais. Neste caso, é determinante uma intervenção célere, nomeadamente a terapia de trombólise e trombectomia, no sentido de restaurar o fluxo sanguíneo e minimizar os danos cerebrais. Por sua vez, o AVC hemorrágico ocorre quando um vaso sanguíneo no cérebro se rompe, resultando numa hemorragia no tecido cerebral. De salientar que a hipertensão arterial é um fator de risco preponderante para a ocorrência deste tipo de AVC.

De facto, o AVC constitui-se como uma das principais causas de morte e morbilidade em todo o mundo, apresentando como consequência sinais e sintomas de compromisso da função neurológica, tais como: alteração do estado de consciência; diminuição da força muscular; descoordenação motora; alterações da linguagem (ex.:

afasia motora e/ou sensorial); compromisso da visão a nível campimétrico (ex.: hemianopsia) ou desvio do olhar conjugado; apraxia; ataxia; disartria e alterações da deglutição. Estes défices levam, geralmente, a alterações do padrão da marcha, da postura e do equilíbrio da pessoa, limitando a sua mobilidade e a capacidade para executar as atividades de vida diária, o que, concomitantemente, leva a um aumento do risco de queda (Santos et al., 2020).

Dependendo do território cerebral atingido após um AVC, as manifestações clínicas vão variando. Assim, de forma sistematizada e objetiva, seguidamente são apresentadas as manifestações clínicas, tendo em conta o território vascular acometido no caso do AVC isquémico e no caso do AVC hemorrágico.

Tabela 1:

AVC isquémico e manifestações clínicas

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

Fonte: Tuna & Pereira (2011)

Tabela 2:

AVC hemorrágico e manifestações clínicas

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

Fonte: Menoita (2014)

Desta forma, a localização e o tipo de lesão, bem como a extensão da mesma, são determinantes no tipo de défices e respetivas sequelas do AVC. Este conhecimento é particularmente útil para o EEER, na medida em que o mesmo prescreve um plano de intervenção individualizado para cada cliente, sendo, portanto, crucial, que tenha noção das principais manifestações clínicas causadas por cada tipologia de AVC.

1.1.O UTENTE COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL E ALTERAÇÕES DA DEGLUTIÇÃO

A deglutição é um processo neuromuscular complexo que exige comunicação entre o sistema nervoso central e o sistema nervoso periférico, bem como ações coordenadas entre a cavidade nasal, a cavidade oral (lábios, dentes, palato duro, palato mole, mandíbula, língua e pilares fauces), a cavidade faríngea (constritores faríngeos, superior, médio e inferior), a laringe (epiglote, cartilagens aritnóides, pregas

ventriculares e cordas vocais), os músculos, os nervos cranianos, o encéfalo e o esófago (Hoeman, 2011).

Este processo envolve cerca de trinta músculos e oito pares craneanos: I (olfatório), II (ótico), V (trigêmeo), VII (facial), IX (glossofaríngeo), X (vago), XI (acessório) e XII (hipoglosso). Além disso, convém referir que é controlado pelo centro de deglutição na medula e pelo esófago, através de um reflexo peristáltico predominantemente autónomo que é coordenado pelo sistema nervoso entérico que se situa na parede esofágica (Malagelada et al., 2015).

No que concerne à estruturação das diferentes fases da deglutição, estas podem ser divididas em várias etapas que ocorrem de forma consecutiva e que estão interrelacionadas. Contudo, na literatura existem informações díspares quanto ao número de fases em que ocorre este processo. Seguidamente apresentar-se-ão as fases descritas por Hoeman (2011), por se considerar que as mesmas são mais específicas e pormenorizadas.

Este autor menciona que a fase oral preparatória e a fase oral correspondem às fases voluntárias da deglutição, e as fases faríngea e esofágica dizem respeito às fases involuntárias.

Relativamente às fases voluntárias da deglutição, na fase oral preparatória ocorre a entrada do alimento na cavidade oral, dá-se início ao processo de mastigação e ao envolvimento do alimento com a saliva, participando neste processo os dentes, a língua, a mandíbula e as glândulas salivares. A fase oral inicia-se quando a língua propulsiona o bolo alimentar em direção à orofarínge e esta é controlada pelos seguintes pares craneanos: trigémio, facial e hipoglosso (Hoeman, 2011).

Por sua vez, no que concerne às fases involuntárias da deglutição, na fase faríngea, estão envolvidos três mecanismos distintos: o encerramento da glote através da adução das pregas vocais; o encerramento da entrada da laringe por meio da eversão da epiglote; e a elevação e anteriorização da laringe. Quando ocorre a elevação da laringe, o esfíncter esofágico superior relaxa e ocorre a passagem do bolo alimentar para o esófago, dando início à última fase do processo de deglutição, a fase esofágica. Nesta última fase, com uma duração de cinco a oito segundos, dá-se a passagem do bolo alimentar para o estômago. Quando os bolos alimentares são sólidos, as ondas

peristálticas ajudam nessa progressão, no caso de bolos alimentares mais líquidos a progressão dá-se por força da gravidade (Hoeman, 2011).

Quando a pessoa apresenta alteração numa destas fases do processo de deglutição, assume-se que tem disfagia. A disfagia é então definida como uma alteração da deglutição onde ocorre dificuldade na preparação e no deslocamento do bolo alimentar desde o momento que entra na boca até ao estômago, sem que ocorra aspiração do conteúdo. Quando ocorre esta alteração existe um compromisso na deglutição, um atraso ou falha na transferência do bolo alimentar ou até mesmo um erro na direção do mesmo para a via aérea (Terré, 2020).

Segundo Teasell et al. (2018), a disfagia é uma consequência muito comum após o AVC com uma incidência de aproximadamente de 55% na fase aguda. Os critérios de diagnóstico, o tempo e o método de avaliação da disfagia após AVC levam à identificação em 29-81% de utentes na fase aguda do AVC (Dziewas et al., 2021). Nas primeiras semanas após o evento existe uma recuperação da alteração da deglutição, mas cerca de 11-50% dos utentes mantêm a disfagia até 6 meses. O mesmo autor afirma ainda que a disfagia pós-AVC está presente em mais de 50% dos utentes, aumentando o risco de complicações, em particular a pneumonia de aspiração, malnutrição e desidratação, o que está diretamente relacionada com o mau prognóstico e a mortalidade.

A disfagia encontra-se tradicionalmente associada a lesões do tronco cerebral e enfartes cerebrais bilaterais, embora recentemente esteja mais relacionada com enfartes cerebrais isolados. Estudos imagiológicos identificam várias zonas cerebrais que desenvolvem um conjunto importante de funções na deglutição, tais como: córtex sensoriomotor primário; insula; cápsula interna; gânglios basais; tálamo e córtex cingulado (Cecconi & Di Piero, 2012). Nesse sentido, são sinais e sintomas de disfagia: o engasgar-se ou tossir durante e após a refeição; o escape de comida pela boca; a acumulação de comida nas bochechas; a lentidão e o esforço a comer; a dificuldade na toma de mediação oral; a perda de apetite; o emagrecimento; as queixas de sensação de comida “presa” na garganta; os problemas no engolir e o refluxo ou pirose (Teasell et al., 2018). Segundo Khedr et al. (2021), a disfagia pós-AVC, é um sintoma comum, que requer uma vigilância frequente.

Para sustentar a tomada de decisão na identificação dos utentes com AVC que sofrem de disfagia, existem diferentes instrumentos de apoio. O mais comum é o *Gugging Swallowing Screen* (GUSS).

Esta escala é constituída por sete itens e tem como objetivo avaliar a capacidade, a gravidade e o grau de severidade da disfagia. O score monitorizado está associado à severidade da disfagia e fornece indicações do modo como intervir de acordo com o mesmo (Trapl et al., 2007).

De acordo com os mesmos autores, a escala está dividida em duas secções: numa primeira parte é realizada uma avaliação preliminar ou teste de deglutição indireto, onde são avaliados o estado de alerta, a capacidade de deglutição da saliva e a capacidade de tosse e de limpeza faríngea; na segunda parte ou teste de deglutição direto, é avaliada a deglutição, a tosse, a sialorreia e as alterações da voz. Nesta segunda parte, recorre-se à água destilada, ao espessante, ao pão e a uma colher de chá para testar as três sub-etapas que se encontram divididas de acordo com o tipo de consistência (semisólido/pastoso, líquido e sólido) (Trapl et al., 2007).

É de salientar que entre as limitações dos instrumentos de apoio à tomada de decisão está a dificuldade em detetar as aspirações “silenciosas”, que resultam em infeções respiratórias frequentes. Desta forma, recorre-se à videofluroscopia, que é o meio complementar de diagnóstico considerado *gold standard* para o diagnóstico da aspiração (Ribeiro, 2021). De facto, a avaliação dinâmica da deglutição determina se a pessoa está a aspirar e qual o mecanismo que está em défice, permitindo ainda otimizar as diferentes consistências/ texturas dietéticas, bem como as estratégias compensatórias, posturais e manobras a usar (Ribeiro, 2021).

Na pessoa com AVC pode surgir disfagia orofaríngea, ou seja, dificuldades em iniciar a deglutição resultante da diminuição da força, do tónus e/ou da sensibilidade dos músculos da face, da mandíbula e/ou da língua (Menoita, 2014).

Assim sendo, há luz da literatura existente, a deteção precoce das alterações da deglutição reduz as complicações pulmonares, a duração do tempo de internamento e os custos globais de saúde (Soares, 2014).

1.2. A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NOS UTENTES COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL E ALTERAÇÕES DA DEGLUTIÇÃO

A Ordem dos Enfermeiros (2011), refere que o EEER concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas. Nesse sentido, e tendo em consideração o conhecimento e a experiência acrescida, o EEER toma decisões relativas à promoção da saúde, à prevenção de complicações secundárias, ao tratamento e à reabilitação, visando a maximização do potencial da pessoa.

Particularizando à pessoa com deglutição comprometida, o plano de enfermagem de reabilitação deve incluir intervenções que promovam a reabilitação da função motora, da função respiratória e do autocuidado comer e beber, de forma a assegurar uma alimentação e hidratação adequadas, favorecendo a autonomia da pessoa nestas atividades de vida diárias (Sá et al., 2023).

Assim, relativamente à situação pós AVC, a dieta não deve ser iniciada nas primeiras 24h, devendo primeiramente ser avaliada a deglutição do utente, uma vez que a identificação deste diagnóstico reduz três vezes o risco de complicações decorrentes da disfagia (WGO, 2014). Efetivamente, a deteção e avaliação precoce dos indivíduos que pertencem aos grupos de risco é fundamental, particularmente naqueles com alto risco associado às comorbilidades.

Para Ribeiro, (2021) os sinais e sintomas de disfagia são:

- Alteração da sensibilidade na cavidade oral e na parede faríngea posterior;
- Reflexo venopalatino diminuído ou ausente;
- Aumento do tempo de deglutição (para líquidos e sólidos);
- Acumulação involuntária do conteúdo alimentar na cavidade oral;
- Ausência de encerramento dos lábios durante a deglutição/ escape anterior de conteúdo da cavidade oral;
- Movimentos assimétricos dos lábios e língua;
- Sialorreia;
- Alteração na voz ("voz húmida") após deglutição;
- Tosse tardia (três minutos após a deglutição);
- Deglutições múltiplas;

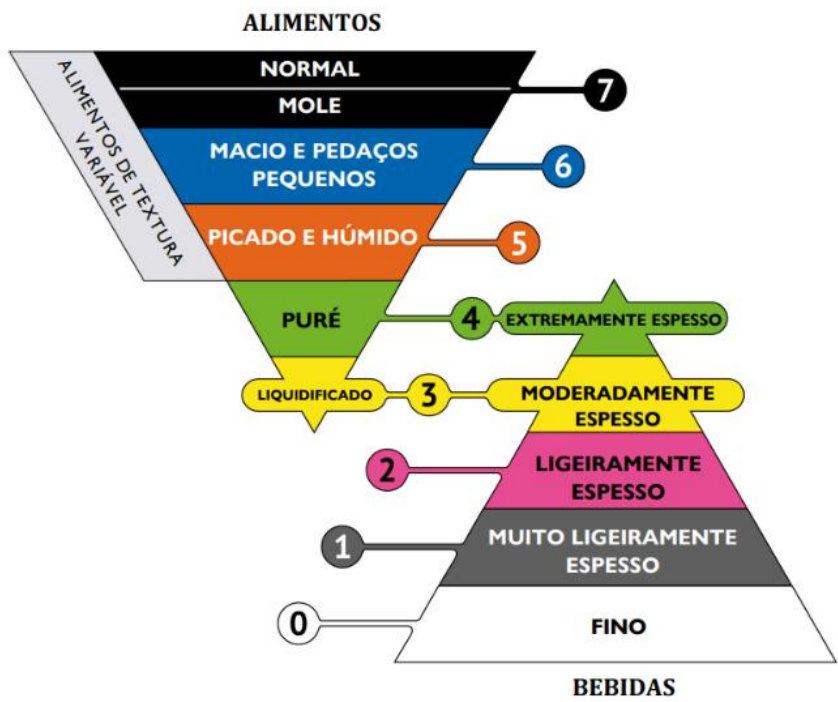
- Diminuição em três valores percentuais da saturação de oxigénio após deglutição;
- Alterações da consciência;
- Ausência do controlo cefálico.

A intervenção do EEER pode consistir em estratégias de compensação e de reabilitação, nomeadamente as alterações na consistência da dieta, exercícios posturais, estimulação sensitiva, mudanças voluntárias da deglutição e exercícios de amplitude de movimentos e fortalecimento muscular (Johnson et al., 2014; O'Rourke et al., 2014; Zheng et al., 2014).

No que concerne à modificação da textura da dieta, esta possibilita que o utente tenha menos necessidade de mastigar e de preparar oralmente os alimentos e, concomitantemente, diminua o risco de aspiração (Ferro et al., 2021). De facto, a modificação da textura de alimentos sólidos é recomendada e melhora a segurança na deglutição dos indivíduos com disfagia. No entanto, a prescrição de alteração do tipo de dieta é frequentemente associada a um risco de desnutrição em pessoas que a utilizam durante meses ou anos (Ferro et al., 2021), exigindo, da parte do EEER, uma avaliação sistemática e constante.

A *International Dysphagia Diet Standardization Initiative* (2019) define as propriedades reológicas dos alimentos com significado terapêutico para utentes com disfagia. Os alimentos de referência foram testados e categorizados de acordo com a sua textura, como é possível verificar na figura e tabela que se seguem.

Ilustração 1: Consistência e textura das dietas.



Fonte: International Dysphagia Diet Standardisation Initiative (2019)

Tabela 3:
Consistência e textura das dietas.

LÍQUIDOS	SÓLIDOS
<u>Consistência tipo néctar:</u> Líquido espessado; Pode-se beber diretamente do copo.	<u>Textura macia:</u> Os alimentos devem ser naturalmente macios ou devem ser cozidos ou cortados para alterar a sua textura.
<u>Consistência tipo mel:</u> Pastoso fino; Pode-se beber diretamente do copo.	<u>Textura picada e húmida:</u> O alimento é macio e húmido e facilmente misturado com o garfo;
<u>Consistência tipo pudim:</u> Pastoso grosso; Deve ser ingerido por colher.	<u>Textura pastosa:</u> Os alimentos são homogêneos, lisos, húmidos e sem grumos ou pedaços.

Fonte: Adaptado An et al. (2023)

Relativamente às estratégias compensatórias, quando indicadas, detêm um benefício imediato na deglutição funcional com recurso a intervenções que permitem que os utentes se alimentem de forma segura (Johnson et al., 2014; O'Rourke et al., 2014; Zheng et al., 2014).

Neste sentido, o quadro que se segue sistematiza as diferentes estratégias compensatórias da deglutição, segundo a sua técnica, execução e objetivo.

Tabela 4:

Estratégias compensatórias da deglutição.

ESTRATÉGIAS COMPENSATÓRIAS DA DEGLUTIÇÃO		
Técnica	Execução	Objetivo
Flexão da cabeça	Solicitar ao utente que “leve o queixo ao peito” quando deglute.	Aumentar a proteção da via aérea.
Inclinação da cabeça	Solicitar ao utente que incline ligeiramente a cabeça para o lado não afetado.	Direcionar o bolo alimentar para o lado contrário à parésia; Reduzir os resíduos pós-deglutórios; Diminuir o risco de aspiração.
Rotação da cabeça	Solicitar ao utente que rode a cabeça para o lado afetado.	Direcionar o bolo alimentar para o lado contrário à parésia; Reduzir os resíduos pós-deglutórios; Diminuir o risco de aspiração.
Deglutição forçada	Solicitar ao utente que imprima força durante a deglutição.	Melhorar a propulsão do bolo alimentar; Melhorar a limpeza de resíduos alimentares na valécula.
Deglutição múltipla	Solicitar ao utente que faça deglutições múltiplas, com pequenas quantidades de alimento ou em seco.	Facilitar a propulsão do alimento; Melhorar a limpeza de resíduos da valécula e seios piriformes.
Tosse voluntária	Solicitar ao utente que tussa voluntariamente.	Eliminar presença de resíduos do bolo alimentar no vestíbulo laríngeo.

ESTRATÉGIAS COMPENSATÓRIAS DA DEGLUTIÇÃO		
Técnica	Execução	Objetivo
Mendelshon	Solicitar ao utente que eleve a laringe durante a deglutição, usando o dedo polegar e indicador.	Melhorar a duração e largura da abertura do esfíncter esofágico superior; Diminuição dos resíduos pós-deglutórios.
Deglutição supraglótica	Solicitar ao utente que inspire profundamente, sustenha a respiração, introduza o alimento, degluta e de seguida tussa.	Melhorar o encerramento laríngeo; Aumentar a proteção da via aérea.
Deglutição super-supraglótica	Solicitar ao utente que realize uma inspiração forçada, seguida de apneia enquanto realiza força (valsalva), deglutir e seguidamente tossir.	Melhorar o encerramento laríngeo; Aumentar a proteção da via aérea.

Fonte: Branco & Portinha (2017)

Assim, os EEER devem utilizar técnicas específicas de reabilitação e intervir na capacitação das pessoas e respetivos FC, com a finalidade de melhorar as funções, recuperar a independência nas atividades de vida diárias e minimizar o impacto das incapacidades instaladas (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

1.3. O PROCESSO DE TRANSIÇÃO DO UTENTE COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL E ALTERAÇÕES DA DEGLUTIÇÃO E DO SEU FAMILIAR CUIDADOR

O regresso a casa da pessoa que sofreu um evento gerador de dependência, confronta a família com a situação de incapacidade ou com o agravamento do seu nível de dependência e consequente necessidade de assegurar a continuidade de cuidados essenciais no domicílio (Araújo & Martins, 2016).

Segundo os mesmos autores, os cuidados essenciais ao gerador de dependência, seja ela temporária ou definitiva, continuam a recair sobre a família. As políticas de saúde foram mudando ao longo dos anos e, atualmente, apontam para altas clínicas cada vez mais precoces, sendo que o destino pretendido pelo gerador de dependência continua a ser o domicílio. Por sua vez, os membros da família expressam, frequentemente, que não se sentem preparados para assumirem os cuidados ao seu familiar dependente (Araújo & Martins, 2016).

Os enfermeiros são profissionais de saúde aptos a ajudar e a assistir os FC no desempenho do seu papel e a promover os melhores cuidados à pessoa dependente. De facto, estes profissionais de saúde devem olhar para os FC de forma preventiva, com intervenções adequadas às suas necessidades, de forma a evitar o compromisso do seu bem-estar e a qualidade de vida associados às exigências do cuidar (Peixoto & Machado, 2016)

Caldas (2003) afirma que a dependência adquirida é um processo instável que atinge o indivíduo a vários níveis, mas também o seu FC. Nesse sentido, devem ser implementados programas de intervenção, quer à pessoa dependente, quer ao FC, que vão desde a promoção de saúde até às redes de apoio existentes na comunidade. O mesmo autor diz que não há momentos ideais para o desenvolvimento ou implementação de programas, mas sim momentos específicos que requerem cuidados específicos. De salientar que os programas devem ser concebidos para colmatar as necessidades que o FC demonstra naquele momento (Caldas, 2003).

As necessidades dos FC vão sofrendo alterações consoante a fase de transição em que se encontra o utente ou o próprio (Bakas et al., 2002).

Para Meleis (2010), o indivíduo sofre várias mudanças ao longo do ciclo da vida, o que implica um período de ajustamento e de adaptação à nova situação, denominado este processo de “transição”.

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

Pelo papel que desempenha nos contextos de saúde, o EEER assiste aos processos de transição saúde/ doença dos utentes, e a forma como estes influenciam a

vida das pessoas. Compreende-se então, que o mesmo desempenha um papel fundamental perante uma transição eminente, no sentido de facilitar os processos de conhecimento e a aprendizagem de novas capacidades. Podem ser exemplos de transições, que tornam a pessoa vulnerável, as experiências de doença como um diagnóstico, procedimentos cirúrgicos, reabilitação e recuperação (Meleis, 2010).

Nesse sentido, a transição pressupõe mudanças que requerem ajustamento e adaptação, sendo que é nesta fase que o EEER, através da sua intervenção, poderá potenciar a capacidade e o conhecimento da pessoa. Isto é, a transição resulta da ocorrência de um evento crítico agudo, neste caso um AVC, originando alterações na autonomia e independência da pessoa. É no desenvolvimento do processo adaptativo a uma nova condição de saúde, que a enfermagem assume um papel preponderante (Petronilho, 2013).

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

Ainda como propriedade da transição, a mudança requer que seja identificada quer na pessoa, quer na família a sua influência. O período da transição, inicia-se com o abandono do conceito de saúde anterior, até ao alcance de um novo período de estabilidade (Faria, 2014).

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

No que concerne à natureza das transições, definem-se três tipos: pessoais (relacionado com significados, crenças, estatuto socioeconómico, e conhecimento

prévio), comunitárias (suporte familiar, informação, modelos) e sociais (relacionado com as condições da sociedade) (Meleis et al., 2000).

Estas três condicionantes permitem perceber e compreender a pessoa de uma forma global, bem como as suas repostas no processo de transição, desenvolvendo cuidados de enfermagem congruentes e promotores para uma resposta saudável à transição (Meleis et al., 2000).

No terceiro domínio da Teoria das Transições existem dois tipos de indicadores: o de processo e o de resultado. Os indicadores de processo estão diretamente relacionados com a pessoa e a harmonia existente, os sentimentos, a interação, a confiança e o *coping*. Os indicadores de resultado demonstram o grau de aproximação da experiência de transição com a qualidade de vida percebida pela pessoa, enquanto permitem a identificação do final da transição. São indicadores de transição saudável o bem-estar subjetivo, a mestria e o bem-estar nas relações (Meleis, 2010).

Particularizando à pessoa com deglutição comprometida, e tendo em consideração o que está preconizado pela Ordem dos Enfermeiros (2011), o plano de enfermagem de reabilitação deve incluir intervenções que promovam a reabilitação da função motora, da função respiratória e do autocuidado comer e beber, de forma a assegurar uma alimentação e hidratação adequadas, favorecendo a autonomia da pessoa nestas atividades de vida diárias (Sá et al., 2023).

Esta área surge como sendo de grande importância ao nível do processo de reabilitação, pois consiste não só num ato para satisfação de uma necessidade humana básica, mas também na obtenção do prazer pela degustação e pelo paladar, bem como pelo processo de socialização inerente ao ato de comer (Hoeman, 2011).

Assim, os EEER devem utilizar técnicas específicas de reabilitação e intervir na educação das pessoas e respetivos FC, com a finalidade de melhorar as funções, recuperar a independência nas atividades de vida diárias e minimizar o impacto das incapacidades instaladas (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Este conhecimento e competência incluem a avaliação da capacidade e do conhecimento da pessoa para se alimentar e hidratar de forma autónoma, atendendo à sua mobilidade, à força muscular, ao controlo dos talheres (desde o prato até à boca), à capacidade de preparar os alimentos e os líquidos para a sua ingestão, ao controlo da cabeça na posição sentada e à acuidade visual. Toda a avaliação de enfermagem,

contextualização do problema, antecedentes e hábitos prévios ajudam na determinação da incapacidade e fundamentam os diagnósticos de enfermagem (Sá et al., 2023).

2. PERCURSO METODOLÓGICO: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

A RIL é um método que proporciona a síntese de conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática. As fases do processo de elaboração de uma RIL são: a elaboração da questão norteadora; a procura de evidência científica; a colheita de dados; a análise crítica e reflexiva dos estudos incluídos; a discussão dos resultados e a apresentação/ denominação da mesma (Souza et al., 2010).

2.1 METODOLOGIA

Para dar resposta ao objetivo elencado na introdução, foi realizada uma pesquisa no sentido de perceber qual a evidência científica existente acerca do contributo do EEER no ensino ao FC dos utentes com AVC e alterações de deglutição para a prevenção de aspiração no domicílio.

Posto isto, formulou-se a seguinte questão de investigação: “Qual o contributo do EEER no ensino ao FC dos utentes com AVC e alterações de deglutição para a prevenção de aspiração no domicílio?”. Para a elaboração desta questão foi utilizada a metodologia PICO em que os participantes (P) são os utentes com AVC e alterações da deglutição e os seus FC; a intervenção (I) é o contributo do EEER no ensino ao FC sobre as alterações da deglutição; a comparação (C) não foi realizada; e por último, os outcomes (o)/ resultados referem-se à prevenção de aspiração no domicílio.

Este trabalho seguiu uma metodologia de RIL, através de pesquisa no agregador de conteúdos EBSCOhost WeB[®]. Foram selecionadas as principais bases de dados da saúde: CINAHL[®] complete via EBSCOhost WeB[®], MEDLINE[®] complete via PubMed[®], e ainda a Scopus[®], tendo a pesquisa sido realizada no dia 14 de dezembro de 2022.

Para a definição de descritores relacionados com a problemática em questão, utilizaram-se os Descritores da *Medical Subject Heading (MeSh Browser[®])* e os Descritores em Ciências da Saúde (*DeCs Browser[®]*), que se encontram descritos na tabela 6.

Tabela 5:

Descritores MeSh

<u>MeSh Terms:</u>
➤ <i>Stroke / Cerebrovascular accident / cva;</i> ➤ <i>Dysphagia / Swallowing disorders / Deglutition disorders;</i> ➤ <i>Caregivers / Family members / Relatives / Informal caregivers;</i> ➤ <i>Rehabilitation / Rehabilitation nursing / Rehabilitative nursing / Rehabilitation nurse / Rehabilitative nurse;</i> ➤ <i>Follow up / Follow-up / Post discharge / Following discharge / Discharge.</i>

Fonte: Elaboração própria (2023)

Para a combinação dos descritores, foram utilizados os operadores booleanos AND e OR, e formulada a seguinte expressão booleana:

(“stroke” OR “cerebrovascular accident” OR “cva”) AND (“dysphagia” OR “swallowing*” OR “deglutition disorders”) AND (“caregivers” or “family members” OR “relaives” OR “informal caregivers”) AND (“maintenance” OR “discharge” OR “home*” OR “follow up*” OR “post discharge”).*

Definiram-se como critérios de inclusão, apenas na Scopus[®], estudos disponíveis em texto integral, nos idiomas inglês e português, e em que os participantes fossem apenas adultos.

Da pesquisa resultou a identificação de 279 artigos, dos quais foram excluídos 100 por estarem duplicados. Assim, após esta triagem, obtiveram-se 179 artigos, tendo sido foram submetidos a uma leitura crítica e reflexiva dos seus títulos e resumos, tendo resultado uma exclusão adicional de 91 artigos. Ainda foram excluídos 63 artigos por não apresentarem texto integral; 8 por serem capítulos de livros; 6 por estarem em idioma chinês, 4 em alemão e 2 em japonês.

Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, obteve-se uma amostra de 5 artigos. De seguida, procedeu-se à leitura integral destes artigos e excluíram-se 2 pelo facto de não corresponderem à operacionalização das intervenções e assim não responderem à questão de investigação.

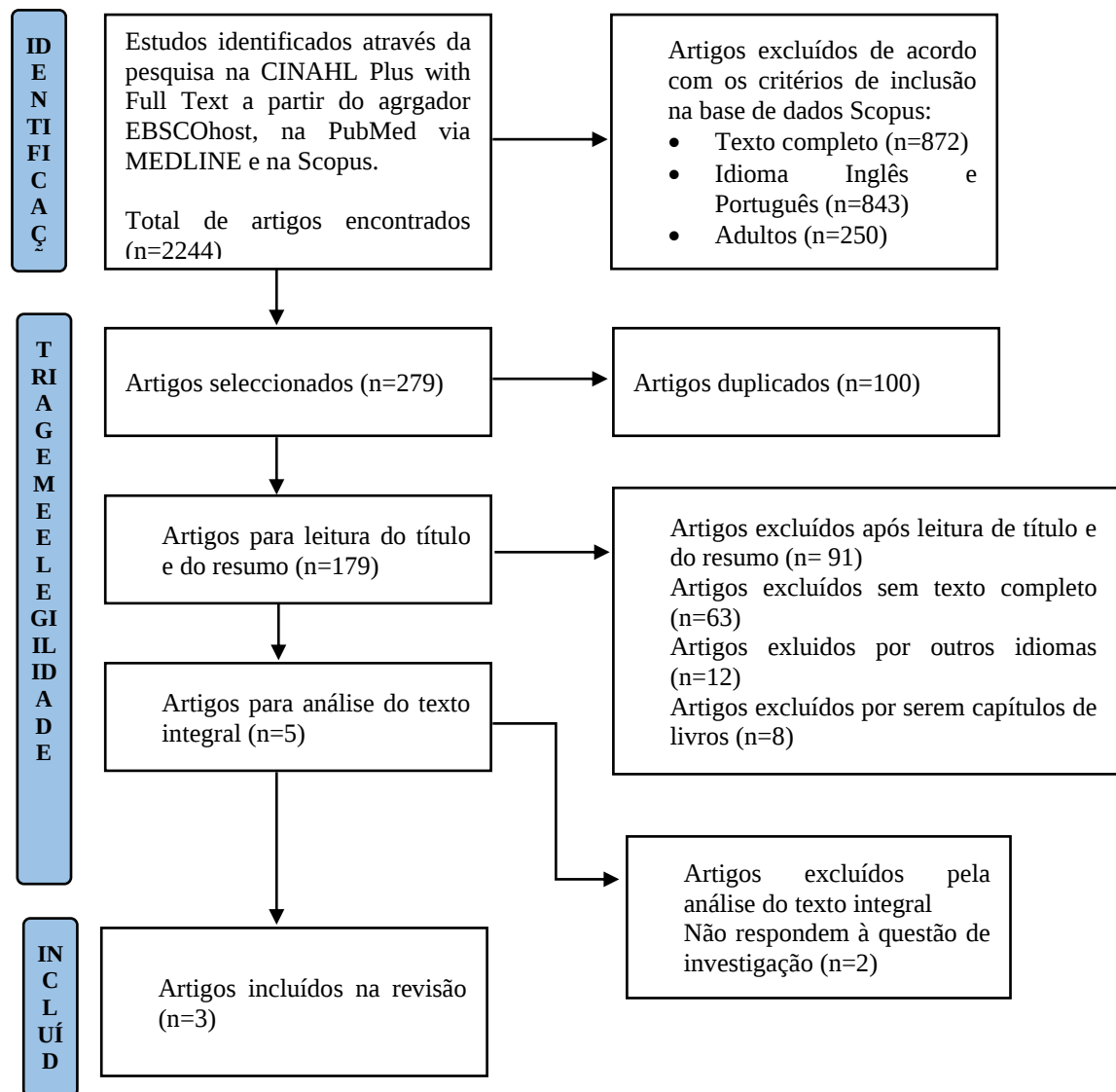
Por fim, procedeu-se a uma análise rigorosa e criteriosa dos artigos selecionados, extraíndo dos mesmos as melhores evidências científicas relativas ao contributo do

EEER na (re)capacitação do utente com AVC e alterações da deglutição e do seu FC para a prevenção de aspiração no domicílio.

A ilustração 2 representa o processo de identificação e seleção realizada.

Ilustração 2:

Processo de identificação dos estudos: *PRISMA Diagram Flow*



Fonte: Elaboração própria (2023)

2.2. RESULTADOS

Após a análise dos três artigos selecionados e com o objetivo de sintetizar os resultados encontrados, foi elaborada a tabela 7, o qual apresenta os tipos de estudo, os objetivos e os resultados de cada artigo incluído.

Tabela 6:

Caracterização dos estudos incluídos na RIL.

Título do artigo / Autores	Tipo de estudo	Objetivos	Resultados
E1: <i>Consensus on the objectives of an educational intervention for patients with oropharyngeal dysphagia and their informal caregivers: A Delphi study / Ghaddar et al. (2022)</i>	Estudo Delphi	Identificar e definir quais são os principais objetivos que uma capacitação deve ter para atender às necessidades dos utentes com disfagia orofaríngea e dos seus FC. Esta informação é fundamental para orientar o desenvolvimento de programas de intervenção educacional eficazes nessa área.	Os resultados do estudo revelam que os especialistas conseguiram identificar e chegar a um consenso sobre os principais objetivos de uma intervenção educacional, que abrangem uma variedade de áreas, incluindo: a melhoria da deglutição; a promoção da comunicação; o aumento da segurança alimentar; a melhoria da qualidade de vida dos utentes e a

			capacitação dos para enfrentar os desafios associados à disfagia.
E2: <i>Primary care of adult patients after stroke: A scientific statement from the American Heart Association /American Stroke Association</i> / Kernan et al. (2021)	RIL	Fornecer diretrizes e recomendações baseadas em evidência sobre como cuidar de utentes no pós-AVC, visando a melhoria da qualidade dos cuidados prestados aos mesmos.	Os resultados sugerem a implementação de uma visita no regresso a casa após AVC no período de 1 a 3 semanas. Também refere a pertinência de uma primeira consulta no período médio de 27 dias, uma vez que existe alto risco de um novo evento nos primeiros 3 meses.
E3: <i>Swallowing function after stroke: Prognosis and prognostic factors at 6 months</i> / Mann et al. (1999)	Estudo de coorte retrospectivo	Avaliar a evolução da função da deglutição num período de seis meses após o AVC.	Os resultados evidenciam que dos 128 utentes com alterações da deglutição acompanhados durante o período de 6 meses após o evento: 5 utentes faleceram, 12 utentes repetiram o evento, e 26 utentes

			apresentaram pneumonia por aspiração. Também salientam que a ocorrência de pneumonia por aspiração foi maior no primeiro mês. Aos 6 meses, dos 112 sobreviventes, foram reavaliados e 11 utentes perderam o acompanhamento, 97 utentes conseguiram alimentar-se com uma dieta sem restrições e 15 utentes mantiveram-se com alterações da deglutição.
--	--	--	---

Fonte: Elaboração própria (2023)

2.3. DISCUSSÃO

No estudo 1 (E1) – “*Consensus on the objectives of an educational intervention for patients with oropharyngeal dysphagia and their informal caregivers: A Delphi study*” Ghaddar et al. (2022) abordam a disfagia, salientando que a mesma se traduz numa condição que pode afetar a deglutição e a qualidade de vida dos utentes, tendo um impacto significativo não só nos mesmos, como nos FC. Através da técnica de Delphi, os autores conseguiram chegar a um consenso sobre quais os objetivos de uma

intervenção educacional para os utentes com disfagia e para os seus FC. Os achados deste estudo destacam a crescente importância da educação em disfagia orofaríngea.

De facto, os objetivos identificados no consenso são fundamentais para direcionar as intervenções educacionais, promovendo a capacitação dos utentes e dos seus FC. A capacitação passa, também, por os utentes estarem mais envolvidos no seu processo de transição, o que poderá levar a melhores resultados e, concomitantemente, a uma melhor qualidade de vida. Compreende-se então que a educação pode melhorar a compreensão sobre a disfagia; os desafios associados à alimentação e à deglutição; e a ainda da adesão ao plano terapêutico.

Alguns dos objetivos educacionais centram-se na redução dos riscos associados à disfagia, como a aspiração, a pneumonia por aspiração e a desidratação, o que torna a intervenção educacional uma ferramenta valiosa na prevenção destas complicações. Para que a intervenção educacional seja mais eficaz, este estudo ressalta a importância de fornecer recursos educacionais apropriados aos utentes e aos FC, como folhetos informativos, sessões de treino prático e suporte contínuo.

A implementação bem-sucedida dos objetivos educacionais descritos no estudo requer a colaboração de uma equipa interdisciplinar, de forma a garantir que os FC recebem o apoio e a educação adequada para enfrentar os desafios de uma alimentação segura e satisfatória para o utente.

Como em qualquer estudo, é importante reconhecer os desafios e limitações. A personificação da educação para atender às necessidades individuais dos utentes e FC pode ser um desafio, mas é essencial para maximizar o impacto dos objetivos educacionais. Assim, no que respeita às limitações deste tipo de estudo (estudos Delphi), estes costumam envolver um painel de especialistas relativamente pequeno. Nesse sentido, a limitação que se perspetiva é que as opiniões dos especialistas podem não representar completamente a diversidade de perspetivas e experiências na prática clínica, podendo a sua seleção afetar a validade dos resultados encontrados (ex.: a forma como os peritos foram selecionados - critérios de inclusão e características demográficas). Existe ainda a possibilidade de existir viés se os participantes do estudo não forem representativos da população em geral de utentes com disfagia e dos seus FC, podendo este facto limitar a aplicabilidade dos objetivos educacionais identificados.

Além disso, este artigo, tendo em conta o tipo de estudo utilizado, centra-se na identificação dos objetivos educacionais, logo não consegue avaliar diretamente o impacto da implementação desses objetivos na prática clínica, o que pode limitar a compreensão dos resultados em termos de eficácia. Por último, o facto deste estudo não ter tido em consideração as especificidades de diferentes cenários, uma vez que a disfagia pode ocorrer em diversos contextos clínicos (ex.: hospitais, clínicas de reabilitação e cuidados domiciliários), pode constituir uma limitação, uma vez que não permite a aplicabilidade dos objetivos identificados em todos estes contextos.

O estudo 2 (E2) *“Primary care of adult patients after stroke: A scientific statement from the American Heart Association / American Stroke Association”* destaca o papel essencial que os profissionais de saúde primária detêm no cuidado contínuo aos utentes pós-AVC. Nesse sentido, Kernan et al. (2021) salientam a importância de uma abordagem interdisciplinar, envolvendo diferentes especialidades, com o intuito de fornecer um cuidado abrangente e coordenado, tendo em consideração as necessidades e preferências individuais de cada utente com AVC e dos seus FC.

Este artigo salienta a importância de se implementar uma visita ao domicílio do utente que teve um AVC no período de 1 a 3 semanas após o regresso a casa, sendo que essa visita é parte integrante de uma abordagem centrada no utente e visa aprimorar o cuidado pós-AVC de uma maneira holística. De facto, a realização de uma visita domiciliária no *timing* definido pelos autores, permite uma avaliação precoce das necessidades do utente, já que, durante esse tempo, as suas necessidades imediatas e as de curto prazo podem tornar-se mais evidentes. Nessa visita domiciliária, os profissionais de saúde deverão avaliar a recuperação inicial do utente, devendo incluir: uma avaliação do estado neurológico, da mobilidade, da fala e da deglutição. Além desta avaliação, os utentes e os seus FC poderão receber informações importantes que potenciem a sua (re)capacitação, visando uma tomada de decisão informada e sustentada no conhecimento científico credível e atual.

Além disso, no decorrer da visita domiciliária, os profissionais de saúde deverão realizar uma sessão de educação para a saúde, relembrando os fatores de risco que contribuíram para a ocorrência do AVC (ex.: hipertensão arterial, diabetes *mellitus* e dislipidemia) perspetivando-a como uma oportunidade para avaliar e gerir comorbilidades que podem complicar a recuperação do utente.

A realização da visita domiciliária no período de 1 a 3 semanas fornece ainda uma oportunidade para identificar sinais de depressão, ansiedade ou *stress* no utente e/ou no FC. Além disso, possibilita ainda a identificação e a abordagem de problemas que podem ajudar a prevenir readmissões hospitalares desnecessárias, melhorando a qualidade dos cuidados prestados e reduzindo os custos hospitalares. Por último, esta visita domiciliária viabiliza que o utente e o seu FC estabeleçam uma relação de confiança com os profissionais de saúde, o que vai facilitar uma comunicação eficaz e promover uma parceria na gestão do próprio evento gerador de dependência: o AVC.

Poder-se-á então assumir que a implementação de uma visita domiciliária, no período estabelecido, após o regresso a casa de um utente com AVC, oferece uma oportunidade para avaliar, educar, intervir, fornecer apoio emocional e contribuir para a prevenção de complicações e para a melhoria da qualidade de vida do utente com AVC e do seu FC.

O E2 aborda, igualmente, a realização de uma primeira consulta no período médio de 27 dias após a alta clínica. De facto, torna-se altamente pertinente realizar uma consulta neste período, devido ao elevado risco de recorrência de eventos nos primeiros 3 meses após AVC, tais como AVC's secundários ou eventos cardíacos. Nesse sentido, o acompanhamento próximo por parte dos profissionais de saúde viabiliza a identificação precoce e a gestão atempada dos fatores de risco.

Quanto às limitações deste estudo, considera-se o facto de o mesmo não abordar a disfagia em concreto e ter sido realizado tendo em conta como foco maioritariamente a intervenção médica, o que poderá inviabilizar a aplicabilidade das recomendações aos demais profissionais de saúde e às necessidades específicas dos utentes com disfagia. No entanto, e tendo em consideração a evidência científica, sabe-se que a abordagem interdisciplinar do utente com AVC é crucial no seu processo de recuperação, assim como a identificação das necessidades sentidas pelo seu FC.

Por último, no estudo 3 (E3) - *"Swallowing function after stroke: Prognosis and prognostic factors at 6 months"* -, Mann et al. (1999) abordam a evolução da disfagia nos primeiros 6 meses após o utente ter sofrido um AVC, tendo concluído que a maioria dos utentes experiencia uma melhoria na função da deglutição.

No entanto, os autores salientam que a recuperação completa poderá não ser alcançada por todos os utentes, pelo que esta temática torna-se um desafio contínuo e persistente para a equipa interdisciplinar.

De facto, neste estudo, foram avaliados 128 utentes com AVC agudo, sendo que 65 utentes foram identificados com alterações na deglutição e 63 utentes com pneumonia de aspiração. Através do exame complementar de diagnóstico, a videofluoroscopia, realizado numa fase inicial, foram identificados 82 utentes com alterações da deglutição.

Este estudo refere que após 6 meses da ocorrência do AVC: 26 utentes desenvolveram uma infeção respiratória; 15 utentes alimentaram-se com uma dieta de textura adaptada; 56 utentes apresentaram alterações na deglutição; 17 de 67 utentes (apenas 67 autorizaram a realização do diagnóstico através de videofluoroscopia) tiveram como intercorrência a aspiração; e 59 utentes mantiveram alterações na deglutição, desenvolveram infeção respiratória ou pneumonia de aspiração nos primeiros 6 meses após AVC. Este estudo menciona ainda que a infeção respiratória derivada da aspiração ocorre mais frequentemente no primeiro mês após o evento.

Quanto às limitações encontradas, os autores explicitam que nem todos os utentes que participaram no estudo consentiram a realização de uma videofluoroscopia adicional após os 6 meses da ocorrência do AVC, que houve utentes que não realizaram este exame complementar de diagnóstico no início do estudo ou realizaram-no em *timings* diferentes, o que invalida a comparação e a extrapolação de resultados. Além disso, os autores referem que não foram capazes de determinar a proporção relativa de alterações da deglutição persistentes e/ ou novas.

São ainda limitações deste estudo o tamanho da amostra (sendo considerado diminuto, o que pode limitar a generalização dos resultados), e o viés na seleção dos participantes (os utentes selecionados podem não representar adequadamente a diversidade dos utentes após AVC). Por último, sendo um artigo publicado em 1999, algumas conclusões podem não refletir as práticas atuais, uma vez que a prática clínica e as diretrizes evoluíram bastante desde a sua publicação.

No entanto, após a análise dos três artigos incluídos na RIL, constatou-se que os mesmos apresentam alguns pontos em comum, que seguidamente se explicitam:

- Disfagia após AVC: o E1 e o E3 refletem sobre aspetos da avaliação, tratamento e prognóstico da disfagia em utentes pós AVC;
- Prognóstico e fatores de prognóstico: o E2 e o E3 abordam questões de prognóstico relacionadas com a disfagia após AVC, procurando analisar a evolução da função da deglutição ao longo do tempo e quais os fatores prognósticos que influenciam a recuperação destes utentes;
- Importância da reabilitação: os três artigos destacam a importância da reabilitação nos utentes com disfagia após AVC, enfatizando a necessidade de se realizarem abordagens personalizadas de tratamento para melhorar a função da deglutição e reduzir o risco de aspiração;
- Cuidados de acompanhamento: o E2 e o E3 discutem a importância dos cuidados de acompanhamento e da intervenção para utentes com AVC e seus FC, incluindo a prevenção de complicações como a aspiração;
- Papel dos profissionais de saúde: os três artigos reconhecem o papel fundamental dos diversos profissionais de saúde, incluindo enfermeiros, no tratamento da disfagia e no cuidado ao utente com AVC e do seu FC.

Ainda noutra vertente, é de salientar que existe uma correlação positiva entre a importância do acompanhamento pós alta dos utentes com AVC e dos seus FC e a ocorrência de complicações como a aspiração no domicílio, pelo que emerge a necessidade de se instituir protocolos nos serviços com estes dois intervenientes, visando a prevenção de aspiração no domicílio.

2.4. CONCLUSÃO

A análise dos artigos incluídos permitiu constatar que as alterações da deglutição são uma das complicações mais comuns dos utentes com AVC, tendo influência quer no risco de aspiração, quer na desnutrição/ desidratação.

Nesse sentido, poder-se-á assumir que a presente RIL, traz contributos para a área de Enfermagem de Reabilitação, pois através dos resultados encontrados nos artigos, e face às competências específicas do EEER emanadas pelo Regulamento n.º

392/2019 (Ordem dos Enfermeiros, 2019), permite inferir que a sua atuação no âmbito do acompanhamento do utente com AVC e alterações de deglutição e do seu FC poderá ser determinante não só na prevenção de aspiração no domicílio, como também facilitador para uma transição saúde/ doença e situacional saudável.

Estes três artigos, apesar de abordarem aspetos diferentes relacionados com o AVC e a disfagia, quando perspectivados de forma holística fornecem uma visão abrangente e valiosa dos desafios enfrentados por utentes com AVC e alterações da deglutição e dos seus FC, bem como das estratégias de tratamento e intervenção necessárias para otimizar a qualidade de vida e a segurança alimentar.

Além disso, os artigos incluídos na RIL não só enfatizam a importância da educação, da avaliação e da intervenção precoce, assim como, salientam o acompanhamento a longo prazo e a colaboração interdisciplinar como essenciais no cuidado ao utente com disfagia após AVC. Os artigos encontrados evidenciam ainda o papel determinante dos FC no processo de recuperação do utente após AVC e na garantia de um ambiente favorável e seguro para a alimentação.

Nesse sentido, torna-se fundamental que os EEER invistam na formação contínua, de forma a se manterem atualizados quanto às intervenções mais recentes e eficazes, sendo que, através da implementação de cuidados padronizados e avaliações sistemáticas, é possível melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados a estes utentes e aos seus FC.

No entanto, apesar da evidência atual, torna-se ainda necessário continuar a desenvolver investigação sobre esta temática, com o objetivo de melhorar e suprir as lacunas existentes, como estratégia potenciadora da melhoria contínua.

3. PROTOCOLO DE ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO SOBRE: (RE)CAPACITAÇÃO DO UTENTE COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL E ALTERAÇÕES DA DEGLUTIÇÃO E DO SEU FAMILIAR CUIDADOR PARA A PREVENÇÃO DE ASPIRAÇÃO NO DOMICÍLIO

Neste capítulo, irá apresentar-se uma sugestão de protocolo de atuação do EEER sobre a (re)capacitação do utente com AVC e alterações da deglutição e do seu FC para a prevenção de aspiração no domicílio. As intervenções aqui sugeridas não só contemplam os resultados encontrados nos artigos selecionados para a integração na RIL, assim como de outras evidências científicas que se consideram pertinentes e atuais face à temática a abordar.

Este protocolo de atuação pretende ser um contributo para a tomada de decisão dos EEER na prática clínica, pelo que a sua apresentação se fará de forma distinta da restante dissertação de mestrado, numa tentativa de simular a implementação num serviço, pelo que as siglas e as referências bibliográficas constam neste capítulo *per si*.

INTRODUÇÃO:

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é um evento crítico e debilitante que afeta um número significativo de pessoas em todo o mundo (OMS, 2009). Além dos desafios intrínsecos à própria lesão cerebral, muitos utentes que sofrem um AVC enfrentam complicações adicionais, como alterações da deglutição, que aumentam substancialmente o risco de aspiração, sendo esta uma das principais causas de morbilidade e mortalidade associadas a essa condição (Soares, 2014). A (re)capacitação do utente com AVC e alterações da deglutição e do seu familiar cuidador (FC) desempenha por estes mesmos motivos um papel fundamental na prevenção da aspiração no ambiente domiciliário (Peixoto & Machado, 2016). Nesse sentido, o presente protocolo de atuação visa orientar a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) nesse domínio, tendo em consideração as evidências científicas mais recentes e atuais sobre a temática.

De facto, a assistência prestada a utentes que sofreram um AVC não termina com a alta hospitalar, uma vez que muitos deles retornam ao ambiente domiciliar, onde os cuidados passam a ser de responsabilidade dos FC (Araújo & Martins, 2016). Nesse contexto, a (re)capacitação e a validação do conhecimento adquirido quer pelos utentes (quando estão capazes), quer pelos FC, desempenha um papel central não só na prevenção de complicações, como a aspiração, como também na promoção de uma reabilitação eficaz e segura (Peixoto & Machado, 2016).

Este protocolo tem então como objetivo fornecer diretrizes atualizadas e baseadas em evidência para a atuação do EEER na (re)capacitação do utente com AVC e alterações da deglutição e do seu FC na prevenção da aspiração no ambiente domiciliar. Ao longo deste protocolo, serão abordados aspetos cruciais da avaliação da deglutição, estratégias de intervenção, (re)capacitação do utente e do seu FC, e o papel do EEER como agente facilitador nesse processo.

A prevenção de aspiração no domicílio requer uma abordagem interdisciplinar e a intervenção pró-ativa do EEER é fundamental para garantir que os FC estejam devidamente capacitados para enfrentar os desafios associados ao cuidado de um utente com AVC e alterações da deglutição em casa. Assim sendo, o objetivo deste protocolo é fomentar uma prática baseada a evidência, no sentido de promover a segurança e a qualidade de vida dos utentes, (re)capacitando os FC a desempenharem um papel ativo e eficaz na sua reabilitação.

Seguidamente irão apresentar-se os quatro domínios que integram este protocolo de atuação: objetivos; identificação e avaliação do utente e FC; etapas do protocolo de atuação do EEER; e a avaliação da efetividade das intervenções do EEER.

1) OBJETIVOS DO PROTOCOLO DE ATUAÇÃO:

- Validar o conhecimento e a capacidade do utente e do FC para utilizar técnicas e estratégias que promovam a diminuição do risco de aspiração;
- Validar o conhecimento do utente e do FC na promoção da segurança alimentar, na nutrição adequada consoante a dieta adaptada e na hidratação do utente com AVC em contexto domiciliário;

- (Re)capacitar o utente e o FC na identificação de sinais de aspiração e na compreensão das alterações na deglutição após AVC.

2) IDENTIFICAÇÃO E AVALIAÇÃO DO UTENTE E FC:

Para Meleis (2010), Schumacher et al. (2000) e Shyu, (2000), os processos de transição em saúde desenvolvem-se enquanto processos dinâmicos entre situações de estabilidade e instabilidade que surgem ao longo do tempo. Nesse sentido, os EEER deverão ser elementos facilitadores do processo de transição, acompanhando de forma próxima o utente e FC, quando o mesmo regressa ao domicílio. A função do EEER é então ajudar a atingir o ponto de equilíbrio, preservando as situações de estabilidade vividas pelo FC, tendo como resultado *major*, uma prestação de cuidados adequada às necessidades da pessoa dependente (Martins et al., 2016). De facto, quando um familiar assume o papel de cuidador pela primeira vez, na sequência de um evento crítico de saúde repentino, o regresso a casa da pessoa dependente é causador de tensões e sobrecarga com implicações na sua própria saúde e bem-estar. Assim Shyu (2000), identificou 3 fases neste processo de transição do meio hospitalar para o domicílio, de forma a explorar a adaptação do FC no desempenho do novo papel, permitindo um “padrão estável de cuidar”:

- 1) Fase de compromisso: ocorre ainda em meio hospitalar e, tanto o FC, como o utente, iniciam a consciencialização sobre a importância do papel de cada um na interação. O FC sente necessidade de procurar informação sobre a condição de saúde da pessoa dependente, monitorização de sintomas e intervenção, assistência nos autocuidados e intervenção de emergência;
- 2) Fase de negociação: acontece no período imediato à alta hospitalar. O FC sente necessidade de apoio constante para desenvolver as competências necessárias ao exercício do papel, bem como suporte emocional;
- 3) Fase de resolução: esta etapa conduz à adaptação e estabilização do papel. Apesar de já se sentir confortável no seu papel e preparado para situações de emergência, o FC mantém a necessidade de suporte emocional e de apoio de outras pessoas (sobretudo familiares), para dar continuidade ao exercício do seu papel.

- Avaliar a volição do FC para o desempenho do novo papel. Muitas vezes, em contexto hospitalar, o FC assume desempenhar um papel para o qual, quando se encontra no domicílio, poderá reconhecer que não tem volição;
- Identificar, com os utentes e FC, os resultados esperados e a metas a atingir de forma a promover a autonomia e qualidade de vida de ambos (Ordem dos Enfermeiros, 2010).
- O primeiro contacto com os utentes com AVC e os seus FC deve ocorrer logo após a alta clínica, no prazo máximo de 1 a 3 semanas (Kernan et al., 2021). Apesar dos autores não especificarem o risco de aspiração, estes salientam que o risco de ocorrência de um novo evento é maior nos primeiros 3 meses após o AVC.

3) **ETAPAS DO PROTOCOLO DE ATUAÇÃO DO EEER**

O EEER deve incidir a sua intervenção em 16 etapas. O facto de estas se encontrarem numeradas e diferenciadas entre si, não só permite um melhor planeamento dos cuidados e adequação às reais necessidades do utente e do seu FC, como viabiliza um registo e uma continuidade mais eficiente dos mesmos.

▪ **Etapas 1: Avaliação inicial**

- Realizar uma reavaliação completa do utente com AVC, incluindo uma avaliação da deglutição, levando em consideração as mais recentes diretrizes de prática clínica;
- Confirmar as alterações da deglutição e a sua gravidade;
- Estabelecer uma linha de base para monitorização em conformidade com a gravidade e a necessidade do utente e do FC.

▪ **Etapas 2: Sessão de educação para a saúde: Deglutição**

- Validar o conhecimento do utente e do FC sobre os princípios da deglutição e as alterações após a ocorrência do AVC (Cichero et al., 2018);
- Explicitar os conteúdos abordados nos materiais informativos disponibilizados em ambiente hospitalar.

- **Etapa 3: Identificação de sinais e sintomas de aspiração**

- Validar o conhecimento do utente e do FC a identificar sinais de aspiração. Exemplo: tosse durante as refeições e após (tosse tardia - três minutos após a deglutição), sialorreia, alteração na voz ("voz húmida") após deglutição, deglutições múltiplas (Baijens et al., 2021);
- Relembrar o FC a importância de uma observação atenta durante a alimentação do utente com AVC (ex.: estar sentado, ao nível dos olhos do utente, para que este mantenha a cabeça numa posição neutra) (Martino et al., 2017).

- **Etapa 4: Estratégias de prevenção de aspiração**

- Validar conhecimento do utente e do FC sobre técnicas de alimentação segura com base nas últimas descobertas científicas (ex.: manter uma postura adequada durante as refeições, ingerir pequenas porções, manter um ritmo de mastigação pausado, assegurar a diminuição de estímulos...) (Logemann et al., 2019);
- Confirmar com o FC se se verifica o cumprimento da dieta adequada ao utente (ex.: consistência dos alimentos, conforme a consistência e a textura da dieta: para os líquidos - consistência tipo néctar, mel ou pudim; para os sólidos - textura macia, picada e húmida ou pastosa) (Adaptado An et al., (2023).

- **Etapa 5: Administração de medicação**

- Validar o conhecimento do utente e do FC sobre a importância de adaptar a medicação à consistência e textura da dieta instituída (ex.: soluções orais adequadas à consistência instituída e/ou comprimidos triturados...) (Enfermeiros de Reabilitação, 2018).

- **Etapa 6: Higiene oral**

- Validar o conhecimento do utente e do FC sobre a importância da higiene oral após as refeições para prevenção de infecções respiratórias (Sura et al., 2017);
- Explicitar a técnica mais correta de escovar os dentes e confirmar se os produtos utilizados estão em conformidade com as alterações de deglutição do utente (ADA, 2021).

▪ **Etapa 7: Nutrição e hidratação**

- Validar o conhecimento do utente e do FC sobre a necessidade de manter o utente bem nutrido e hidratado, uma vez que a disfagia pode levar a estados de desnutrição, desidratação e até perda de peso significativo (Cichero et al., 2018);
- Fornecer informações atualizadas sobre dietas adaptadas e a consistência dos líquidos (Logemann et al., 2019).

▪ **Etapa 8: Acompanhamento da equipa interdisciplinar**

- Enfatizar a importância das consultas regulares das especialidades e do cumprimento do plano de reabilitação delineado para o utente (Cichero et al., 2020);
- Auxiliar, caso seja necessário, na marcação dessas consultas, de acordo com as recomendações da equipa (Rosenbek et al., 2019).

▪ **Etapa 9: Suporte emocional e psicológico**

- Oferecer apoio emocional ao utente e ao FC, destacando a importância do autocuidado e do apoio social para o bem-estar de ambos (de la Fuente et al., 2021);
- Explicar a importância de um seguimento psicológico não só para ambos os intervenientes: utente e FC.

▪ **Etapa 10: Documentação e registo**

- Expressar a importância do utente e do FC em manter um registo detalhado das refeições, sinais de aspiração e outras observações relevantes (Steele et al., 2020).

▪ **Etapa 11: Avaliação Interdisciplinar**

- Enfatizar a importância de envolver uma equipa interdisciplinar no processo de acompanhamento, incluindo médico, nutricionista, e psicóloga;
- Referenciar diretrizes recentes que recomendem abordagens colaborativas para otimizar o processo de reabilitação.

▪ **Etapa 12: Compreensão dos fatores de risco**

- Validar o conhecimento do utente e do FC sobre os fatores de risco relacionados à aspiração (ex.: refluxo gastroesofágico e disfagia orofaríngea).

▪ **Etapa 13: Abordagem centrada no Utente**

- Enfatizar a importância de uma abordagem centrada no utente, adaptando as estratégias de prevenção de aspiração com base nas preferências e capacidades individuais do mesmo, de forma a promover a personalização do cuidado.

▪ **Etapa 14: Utilização de material adaptativo**

- Validar o conhecimento do utente e do FC sobre a existência e a utilização de material/dispositivos de auxílio na alimentação (ex.: espessantes de líquidos de diversos sabores, colher de cabo engrossado, rebordo de prato, espelhos, tapetes anti-derrapantes...).

▪ **Etapa 15: Continuidade do acompanhamento**

- Estabelecer um plano de acompanhamento contínuo com o utente e o FC para avaliar a evolução do mesmo quanto às alterações de deglutição, no sentido de proceder a ajustes nas estratégias delineadas.

▪ **Etapa 16: Avaliação da qualidade de vida**

- (Re)capacitar o FC a considerar a qualidade de vida do utente e a monitorizar possíveis melhorias ou desafios, de forma a minimizar as repercussões na qualidade de vida de ambos (Smithard et al., 2021);
- (Re)validar a importância de manter rotinas ou reinventarem novas para prevenção do isolamento social;
- Ajudar a identificar recursos de apoio na comunidade, como grupos de apoio para utentes e FC, ou organizações/ associações de AVC.

4) AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE DAS INTERVENÇÕES DO EEER:

Após a definição do protocolo de atuação do EEER, a avaliação da eficácia das intervenções realizadas é fundamental para garantir que a (re)capacitação do utente e do FC tenha sido efetiva. Nesse sentido, seguidamente apresentam-se algumas estratégias que têm como intuito suprir esse objetivo:

- Definir indicadores de desempenho: utilizar indicadores mensuráveis, que devem permitir avaliar a redução da frequência de aspirações, a melhoria na capacidade de deglutição, a melhoria na ingestão alimentar e no aumento da qualidade de vida do utente. Exemplos de escalas: Escala de Gravidade da Disfagia (*Penetration-Aspiration Scale* - PAS) (Rosenbek et al., 2019) e o Índice de Qualidade de Vida em Disfagia (*Swallowing Quality of Life* – SWAL-QQL) (Talley et al., 2020);
- Realizar um acompanhamento regular: proceder a avaliações periódicas para auxiliar o registo do progresso ao longo do tempo (Baijens et al., 2021);
- Comparar resultados: estabelecer uma comparação entre os resultados atuais e os obtidos na avaliação inicial (Smithard et al., 2021);
- Percecionar o feedback do FC: obter o feedback do FC sobre a eficácia da (re)capacitação das estratégias para a prevenção da aspiração, contribui significativamente para o sucesso a longo prazo da prevenção de aspiração em contexto domiciliário (de la Fuente et al., 2021);
- Reavaliar e ajustar o protocolo de atuação do EEER: ajustar o protocolo de atuação do EEER e as suas etapas conforme as reais necessidades do utente e do FC.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Araújo, F., & Martins, T. (2016). Avaliação dos cuidadores: considerações e orientações para a prática. In *A Pessoa dependente & o familiar cuidador*, (113–128).
- Baijens, L. W., Clavé, P., Cras, P., Ekberg, O., Forster, A., Kolb, G. F., ... & Walshe, M. (2021). European Society for Swallowing Disorders – European Union Geriatric Medicine Society white paper: oropharyngeal dysphagia as a geriatric syndrome. *Clinical Interventions in Aging*, 16, 973-990.
- Cichero, J. A. Y., Steele, C. M., Duivestijn, J., Clavé, P., Chen, J., Kayashita, J., ... & Murray, J. (2018). The Need for International Terminology and Definitions for Texture-Modified Foods and Thickened Liquids Used in Dysphagia Management: Foundations of a Global Initiative. *Current Gastroenterology Reports*, 20(5), 16.
- de la Fuente, I., Sallaberry, A., Sallaberry, J., & Zamanillo, M. (2021). The effect of dysphagia on quality of life and relationships. *Dysphagia*, 36(2), 285-294.
- Kernan, W. N., Viera, A. J., Billinger, S. A., Bravata, D. M., Stark, S. L., Kasner, S. E., Kuritzky, L., & Towfighi, A. (2021). Primary Care of Adult Patients after Stroke: A Scientific Statement from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, 52(9), E558–E571. <https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000382>.
- Logemann, J. A., Gensler, G., Robbins, J., Lindblad, A. S., Brandt, D., Hind, J. A., ... & Miller Gardner, P. J. (2019). A randomized study of three interventions for aspiration of *thin liquids in patients with dementia or Parkinson's disease*. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 62(3), 596-609.
- Martino, R., Foley, N., Bhogal, S., Diamant, N., Speechley, M., & Teasell, R. (2017). *Dysphagia after stroke: Incidence, diagnosis, and pulmonary complications*. *Stroke*, 36(12), 2756-2763.

- Martins, T., Araújo, M. de F., Peixoto, M. J., & Machado, P. P. (2016). *A pessoa dependente e o familiar cuidador* (Escola Superior de Enfermagem do Porto, Ed.). Lusodidacta, Lda.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory- Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Publishing Company.
- Peixoto, M. J., & Machado, P. P. (2016). Programas de intervenção aos familiares cuidadores. In *A pessoa dependente & O familiar cuidador* (pp. 131–139).
- Rosenbek, J. C., Murray, J. T., George, W. H., & Plowman, E. K. (2019). *Comparing indirect measures of tongue strength and endurance*. Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 62(1), 14-27.
- Shyu, Y. (2000). The needs of family caregivers of frail elders during the transition from hospital to home: a Taiwanese sample. *Journal of Advanced Nursing* , 32(3), 619–625.
- Smithard, D. G., Sackley, C. M., Britton, M., Hoppitt, T. J., & Ellins, J. (2021). *Effects of increased dietary antioxidant intake on the recovery of function after stroke*. Neurorehabilitation and Neural Repair, 35(7), 741-748.
- Steele, C. M., Alsanei, W. A., Ayanikalath, S., Barbon, C. E. A., Chen, J., Cichero, J. A. Y., ... & Waito, A. A. (2020). *The influence of food texture and liquid consistency modification on swallowing physiology and function: A systematic review*. Dysphagia, 35(2), 171-189.
- Sura, L., Madhavan, A., Carnaby, G., & Crary, M. A. (2017). *Dysphagia in the elderly: Management and nutritional considerations*. Clinical Interventions in Aging, 12, 287-298.
- Soares, A. (2014). Disfagia: avaliação e reabilitação. *Jornal Médico*.

Ordem dos Enfermeiros. (2010). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. In *Regulamento n.º 125/2010*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao_aprovadoAG20Nov2010.pdf

Organização Mundial de Saúde (OMS). (2009). *STEPS: Enfoque passo a passo da OMS para vigilância de acidentes vasculares cerebrais*. . <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Manualpo.pdf>.

Talley, N. J., Ford, A. C., & Quigley, E. M. M. (2020). *Functional dyspepsia*. *Gastroenterology*, 158(3), 582-589.

CONCLUSÃO

A presente dissertação do mestrado explorou o papel crucial desempenhado pelo EEER na (re)capacitação do utente com AVC e alterações da deglutição e do seu FC, com o objetivo de prevenir a aspiração no ambiente domiciliar.

De facto, a RIL efetuada e a análise dos resultados encontrados em conformidade com as competências específicas do EEER definidas no Regulamento 392/2019 (Ordem dos Enfermeiros, 2019), permitiu constatar ainda que de forma indireta, a importância do papel deste profissional de saúde no sentido de melhorar a qualidade de vida dos utentes e do seu FC, ao promover uma transição segura e eficaz do ambiente hospitalar para o domicílio.

Efetivamente, o EEER desempenha um papel crucial na (re)capacitação do utente e do seu FC, na medida que lhes transmite o conhecimento e as habilidades necessárias para lidarem com os desafios decorrentes do AVC e das alterações de deglutição, acrescentando ao facto de se encontrarem em ambiente domiciliário.

É evidente que a prevenção da aspiração no domicílio é uma tarefa complexa, mas a (re)capacitação e o apoio fornecido pelo EEER assume-se como fundamental na redução do risco e na promoção de um ambiente seguro e saudável para o utente com AVC e alterações da deglutição. De facto, a intervenção do EEER não só melhora a qualidade de vida dos utentes, como também alivia o *stress* dos FC, permitindo-lhes desempenhar um papel ativo e eficiente na reabilitação dos mesmos. Torna-se, portanto, imperativo reconhecer a importância do EEER como um agente de mudança fundamental na promoção da saúde e no suporte ao utente e ao FC, tendo em vista a melhoria do bem-estar do utente com AVC e alterações de deglutição em ambiente domiciliar. Nesse sentido, as organizações de saúde e os responsáveis políticos deveriam apoiar e incentivar de forma mais veemente o desenvolvimento e a intervenção do EEER a fim de assegurar um melhor prognóstico e qualidade de vida para estes dois intervenientes.

No que concerne à implementação de protocolos de atuação nos contextos clínicos, a evidência científica sugere que os mesmos revelam-se como uma estratégia potenciadora do pensamento crítico-reflexivo dos profissionais, contribuindo desta forma para melhorar a qualidade e segurança dos cuidados prestados.

Nesse sentido, poder-se-á assumir que este trabalho de investigação, ao sugerir um protocolo de atuação do EEER no âmbito da temática em estudo, poderá ser um contributo para uma prestação de cuidados mais segura, eficaz e centrada no utente e no seu FC, reduzindo o risco de complicações, como a aspiração, e promovendo uma reabilitação mais bem-sucedida. Não obstante, sugere-se a implementação do protocolo de atuação do EEER em contexto clínico, de forma a validar a sua eficiência.

Além disso, os resultados encontrados na RIL destacam ainda a necessidade de uma colaboração interdisciplinar contínua entre os diversos profissionais de saúde, nomeadamente médicos, terapeutas da fala, fisioterapeutas e outros, em conjunto com o EEER. Esta abordagem colaborativa é essencial para a gestão abrangente e holística do utente com AVC e alterações da deglutição e do seu FC, garantindo que todos os aspetos da reabilitação sejam abordados de forma eficaz.

Durante o decorrer da investigação, e tendo em consideração os objetivos delineados e a metodologia adotada, constatou-se um número reduzido de evidência científica atual relativamente à temática em estudo, o que poderá ser considerado uma limitação deste estudo. No entanto, considera-se que os objetivos inicialmente propostos foram atingidos. Nesse sentido, torna-se necessário continuar a produzir conhecimento sobre esta temática, de forma que o papel do EEER seja reconhecido não só pelos seus pares, como também pela equipa interdisciplinar.

Em suma, poder-se-á assumir que este trabalho de investigação acrescenta contributos científicos no âmbito da (re)capacitação do utente com AVC e alterações da deglutição e do seu FC em contexto domiciliário, acreditando que poderá estar na origem de futuras linhas de investigação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- An, S., Lee, W., & Yoo, B. (2023). Comparison of National Dysphagia Diet and International Dysphasia Diet Standardization Initiative Levels for Thickened Drinks Prepared with a Commercial Xanthan Gum-Based Thickener Used for Patients with Dysphagia. *Preventive Nutrition and Food Science*, 28(1), 83. <https://doi.org/10.3746/PNF.2023.28.1.83>.
- Araújo, F., & Martins, T. (2016). Avaliação dos cuidadores: considerações e orientações para a prática. In *A Pessoa dependente & o familiar cuidador* (pp. 113–128).
- Bakas, T., Austin, J. K., Okonkwo, K. F. C. L., Lewis, R. R., & Chadwick, L. (2002). Needs, concerns, strategies, and advice of stroke caregivers the first 6 months after discharge. *Journal Of Neuroscience Nursing*, 34(5), 242–251.
- Benjamin, E., Blaha, S., E Cushman, M., R Das, S., Deo, R., Ferranti, S., & Floyd, J. (2017). Heart Disease and Stroke Statistics-2017 Update: A Report From the American Heart Association. *Circulation - American Heart Association*.
- Branco, C., & Portinha, S. (2017). *Disfagia no adulto: da teoria à prática*. Papa Letras.
- Caldas, C. P. (2003). Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. *Cadernos de Saúde Pública*.
- Cecconi, E., & Di Piero, V. (2012). Dysphagia - Pathophysiology, Diagnosis and Treatment. In *Manifestations of Stroke* (Vol. 30, pp. 86–89).
- Cichero, J. A. Y., Steele, C. M., Duivesteyn, J., Clavé, P., Chen, J., Kayashita, J., & Murray, J. (2018). The Need for International Terminology and Definitions for Texture-Modified Foods and Thickened Liquids Used in Dysphagia Management: Foundations of a Global Initiative. *Current Gastroenterology Reports*, 20(5).

Direção Geral da Saúde. (2017). *Programa Nacional Para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares*.

<https://Webcache.Googleusercontent.Com/Search?Q=cache:XFPbqi-Dx4gJ:https://www.dgs.pt/em-destaque/relatorio-do-programa-nacional-para-as-doencas-cerebro-cardiovasculares-2017.aspx+&cd=2&hl=pt>.

Dziewas, R., Michou, E., Trapl-Grundschober, M., Lal, A., Murat Arsava, E., Bath, P. M., Clavé, P., Glahn, J., Hamdy, S., Pownall, S., Schindler, A., Walshe, M., Wirth, R., Wright, D., & Verin, E. (2021). European Stroke Organisation and European Society for Swallowing Disorders guideline for the diagnosis and treatment of post-stroke dysphagia. *European Stroke Journal*, 6(3), 89–115.

Enfermeiros de Reabilitação. (2018). *Avaliação e atuação da enfermagem ao doente com disfagia*.

Faria, A. da C. A. (2014). *A pessoa após AVC: Transição da autonomia para a dependência*. Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Ferro, M., Marques, M., Loureiro, H., & Faria, A. (2021). Impacto das dietas de textura modificada no estado nutricional dos idosos. *Acta Portuguesa de Nutrição*, 45.

Ghaddar, Z., Matar, N., Noujaim, J., Diep, A. N., Tohmé, A., & Pétré, B. (2022). Consensus on the Objectives of an Educational Intervention for Patients with Oropharyngeal Dysphagia and Their Informal Caregivers: A Delphi Study. *Patient Preference and Adherence*, 16, 1511–1524. <https://doi.org/10.2147/PPA.S364520>.

Hoeman, S. P. (2011). *Enfermagem de Reabilitação - Prevenção, intervenção e resultados esperados*. Lusodidata.

INE. (2020, February). *Instituto Nacional de Estatística - Causas de morte*.

International Dysphagia Diet Standardisation Initiative. (2019, July). *Diagrama IDDS* .
https://iddsi.org/IDDSI/media/images/Translations/IDDS_Framework_Descriptors_V2_Portuguese_Portugal_Final_Dec_2020.pdf

Kernan, W. N., Viera, A. J., Billinger, S. A., Bravata, D. M., Stark, S. L., Kasner, S. E., Kuritzky, L., & Towfighi, A. (2021). Primary Care of Adult Patients after Stroke: A Scientific Statement from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, 52(9), E558–E571.
<https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000382>.

Khedr, E. M., Shoyb, A., Mohammaden, M., & Saber, M. (2021). Acute symptomatic seizures and COVID-19: Hospital-based study. *ELSEVIER*.

Malagelada, J. R., Bazzoli, F., Boeckxstaens, G., De Looze, D., Fried, M., Kahrilas, P., Lindberg, G., Malfertheiner, P., Salis, G., Sharma, P., Sifrim, D., Vakil, N., & Le Mair, A. (2015). World gastroenterology organisation global guidelines: dysphagia--global guidelines and cascades update September 2014. *Journal of Clinical Gastroenterology*, 49(5), 370–378.
<https://doi.org/10.1097/MCG.0000000000000307>.

Mann, G., Hankey, G. J., & Cameron, D. (1999). Swallowing Function After Stroke. *Stroke*, 30(4), 744–748. <https://doi.org/10.1161/01.STR.30.4.744>.

Martins, T., Araújo, M. de F., Peixoto, M. J., & Machado, P. P. (2016). *A pessoa dependente e o familiar cuidador* (Escola Superior de Enfermagem do Porto, Ed.). Lusodidacta, Lda.

Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory- Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Publishing Company.

Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E., Messias, D. K. H., & Schumacher, K. (2000). *Experiencing transitions: An emerging middle-range theory*. Springer Publisher.

- Menoita, E. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC: Contributos para um envelhecer resiliente*. (2ª Edição).
- Menoita, E. (2014). *REABILITAR A PESSOA IDOSA COM AVC: Contributos Para um Envelhecer Resiliente*. Lusociência.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. In *Regulamento n.º 125/2010*.
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao_aprovadoAG20Nov2010.pdf.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação*.
http://cuidadoscontinuados.no.sapo.pt/conteudos/relatorio_preliminar.pdf.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento n.º 392/2019*. Diário Da República n.º 85/2019- Série II.
- Organização Mundial de Saúde. (2003). *Promovendo Qualidade de Vida Após Acidente Vascular Cerebral*.
- Organização Mundial de Saúde. (2022). World Stroke Organization (WSO): Global Stroke Fact Sheet 2022. *Internacional Journal of Stroke* , 17(1), 18–29.
- Organização Mundial de Saúde (OMS). (2009). *STEPS: Enfoque passo a passo da OMS para vigilância de acidentes vasculares cerebrais*.
<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Manualpo.Pdf>.
- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico. (2014). *Relatórios Económicos da OCDE PORTUGAL*.

- Peixoto, M. J., & Machado, P. P. (2016). Programas de intervenção aos familiares cuidadores. In *A pessoa dependente & O familiar cuidador* (pp. 131–139).
- Petronilho, F. (2013). *A ALTA HOSPITALAR DO DOENTE DEPENDENTE NO AUTOCUIDADO: DECISÕES, DESTINOS, PADRÕES DE ASSISTÊNCIA E DE UTILIZAÇÃO DOS RECURSOS - Estudo exploratório sobre o impacte nas transições do doente e do familiar cuidador*. Universidade de Lisboa.
- Ribeiro, O. (2021). *Enfermagem de Reabilitação conceções e práticas* (1ª). Lidel.
- Roldão, L. F., & Conceição, F. (2019). O Treino de Marcha na Promoção do Autocuidado na Reabilitação da Pessoa com AVC: Revisão Sistemática da Literatura. . *Projetar Enfermagem*.
- Rua, M. A. G. A. (2012). *Qualidade de vida do doente após acidente vascular cerebral*. Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu.
- Sá, N., Oliveira, F., Almeida, F., Sacramento, C., & Oliveira, M. I. (2023). Programa de Enfermagem de Reabilitação na pessoa com deglutição comprometida em contexto de AVC: estudo exploratório. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 6. <https://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/265>.
- Santos, J., Campos, C., & Martins, M. (2020). A PESSOA COM AVC EM PROCESSO DE REABILITAÇÃO: GANHOS COM A INTERVENÇÃO DOS ENFERMEIROS DE REABILITAÇÃO. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 37.
- Shyu, Y. (2000). The needs of family caregivers of frail elders during the transition from hospital to home: a Taiwanese sample. *Journal of Advanced Nursing* , 32(3), 619–625.

- Silveira, M. J. (2013). *Intervenção do Enfermeiro Especialista em Reabilitação no Doente com Alterações a Nível da Comunicação e Linguagem, em Particular no Doente que Sofreu AVC.*
- Soares, A. (2014). Disfagia: avaliação e reabilitação. . *Jornal Médico.*
- Sociedade Portuguesa do AVC. (2016). *O essencial sobre Acidente Vascular Cerebral (AVC).*
- Souza, M., Silva, M., & Carvalho, R. (2010). Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein*, 102.
- Teasell, R., Foley, N., Martino, R., Richardson, M., Benton, B., Janssen, S., & Orenczuk, R. (2018, March). *Dysphagia and Aspiration Following Stroke.* Evidence-Based Review of Stroke Rehabilitation.
- Terré, R. (2020). Disfagia orofaríngea en el ictus: aspectos diagnósticos y terapéuticos. *Neurologia.Com*, 70(12).
- Theofanidis, D., & Gibbon, B. (2016). Nursing interventions in stroke care delivery: An evidence-based clinical review. *Journal of Vascular Nursing*, 30(4).
- Trapl, M., Enderle, P., Nowotny, M., Teuschl, Y., Matz, K., Dachenhausen, A., & Brainin, M. (2007). Dysphagia bedside screening for acute-stroke patients: The gugging swallowing screen. *Stroke*, 38(11), 2948–2952. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.107.483933/FORMAT/EPUB>.
- Tuna, A., & Pereira, J. P. (2011). *Acidente Vascular Cerebral Agudo, in Curso da Evidência na Emergência – Manual do Curso de Evidência na Emergência 2011* (Litojesus, Ed.; 4th ed.).

Veira, M. (2013). *A Pessoa com AVC, promoção do autocuidado nas AVD: Higiene e Vestuário*. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Vieira, C., Sousa, L., & Santos, J. (2016). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação À Pessoa ao Longo da Vida*. (1ª).

WGO. (2014). *World Gastroenterology Organisation Practice Guidelines*.

Zheng, L., Li, Y., & Liu, Y. (2014). The individualized rehabilitation interventions for dysphagia: a multidisciplinary case control study of acute stroke patients. *Int J Clin Exp Med*, 7(10), 3789–3794. www.ijcem.com.

