

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem de
Reabilitação

Relatório de Estágio

Intervenção do Enfermeiro Especialista de
Enfermagem de Reabilitação na reeducação do cliente
com alteração da deglutição

Sónia Alexandra Abrantes Loureiro

Lisboa

2018



Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem de
Reabilitação

Relatório de Estágio

Intervenção do Enfermeiro Especialista de
Enfermagem de Reabilitação na reeducação do cliente
com alteração da deglutição

Sónia Alexandra Abrantes Loureiro

Orientadora: Professora Doutora Vanda Marques Pinto

Co-Orientador: Professor Ricardo Braga

Lisboa
2018



AGRADECIMENTOS

Ao Professor Ricardo Braga, cuja contribuição, sob a forma de sugestões e críticas, orientação científica e encorajamento, foram cruciais para a realização deste relatório.

Aos colegas da turma uma palavra de apreço pelo convívio e aprendizagens partilhadas.

À minha família, força motivadora para a concretização deste projeto, o meu sincero obrigado.

ABREVIATURAS E SIGLAS

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

DGS – Direção Geral da Saúde

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

ECCL – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

EES – Esfíncter Esofágico Superior

ESSD – European Society for Swallowing Disorders

GUSS – Gugging Swallowing Screen

JQI – Joint Quality Initiative Informal Group

MRC – Medical Research Council

ORL - Otorrinolaringologia

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SIGN - Scottish Intercollegiate Guidelines Network

SNC – Sistema Nervoso Central

SPA – Speech Pathology Australia

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

WGO – World Gastroenterology Organisation

RESUMO

As alterações da deglutição são uma realidade presente em ambiente hospitalar e na comunidade, com impacto negativo no prognóstico geral do cliente. São vários os contextos e as patologias que podem estar associadas a esta problemática, sendo que, por si só, o próprio envelhecimento pode dar origem a alterações neste processo.

A elaboração e implementação de um programa de avaliação e reeducação da pessoa com disfagia, por parte do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), considera-se de extrema importância para a prevenção de complicações e consequente melhoria da qualidade de vida do cliente. A abordagem à disfagia na área da enfermagem de reabilitação constitui um desafio permanente. Tem vindo a ser mais explorada nos últimos anos, o que permite implementar uma atuação terapêutica baseada na prevenção, avaliação e tratamento, tendo em conta a evidência científica disponível, depois de identificadas as alterações da deglutição.

Os objetivos deste relatório consistem na descrição, análise e reflexão das atividades desenvolvidas em ensino clínico, que contribuíram para o desenvolvimento de competências comuns e específicas em enfermagem de reabilitação, definidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE), especificamente na área da disfagia. São explanadas outras atividades que se enquadram num segundo objetivo geral referente à abordagem ao cliente, tendo em conta todos os domínios de atuação do EEER. Desta forma, complementou-se a formação, indo ao encontro das competências preconizadas pela OE para o enfermeiro especialista.

Conclui-se que, de facto, a avaliação e reeducação da deglutição são atividades complexas e devem ser desempenhas em tempo útil pelo EEER. Estas devem ser individualizadas tendo em conta os fatores biopsicossociais de cada cliente. De salientar a importância no seguimento dos protocolos de avaliação da deglutição dos serviços por parte de toda a equipa de enfermagem, e a partilha de informação entre toda a equipa interdisciplinar.

Palavras-chave: Enfermeiro Especialista, Reabilitação, Alteração da deglutição

ABSTRACT

Swallowing changes are a reality present in the hospital environment and in the community, with negative impact on the general prognosis of the client. There are several contexts and pathologies that may be associated with this problem, and aging itself may give rise to changes in this process.

The elaboration and implementation of an evaluation and re-education program of the person with dysphagia, by the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing (EEER), is considered of extreme importance for the prevention of complications and consequent quality of life improvement of the client.

In the field of rehabilitation nursing the approach to dysphagia is a permanent challenge. More explored in recent years, allows for therapeutic action based on prevention, evaluation and treatment, considering the available scientific evidence, after the changes in swallowing have been identified.

The objectives of this report are the description, analysis and reflection of the activities developed in clinical teaching, which contributed to the development of common and specific skills in rehabilitation nursing, defined by the Order of Nurses (OE), specifically in the field of dysphagia. Other activities are also explained, which fit into a second general objective regarding the approach to the client, considering all the EEER's fields of activity. In this way, the training was complemented, meeting the competencies advocated by the OE for the specialist nurse.

It is concluded that, in fact, the evaluation and re-education of swallowing are complex activities and must be performed in a timely manner by the EEER. These should be individualized considering the biopsychosocial factors of each client. Emphasis should be placed on the importance of the entire nursing team following the service protocols for swallowing evaluation, and the sharing of information among the entire interdisciplinary team.

Keywords: Specialist nurse, Rehabilitation, Swallowing disorders

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	10
1 A PESSOA COM DISFAGIA	19
1.1 A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO.....	22
1.2 UTILIZAÇÃO DO QUADRO DE REFERÊNCIA TEÓRICO DE ENFERMAGEM	28
2 DESENVOLVIMENTO DE APRENDIZAGENS	31
2.1 DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES SEGUNDO OS OBJETIVOS DELINEADOS	31
2.1.1 Adquirir competências de enfermagem de reabilitação, na avaliação do cliente com deglutição comprometida.	32
2.1.2 Compreender a intervenção do EEER enquadrada no seio da equipa interdisciplinar	41
2.1.3 Adquirir competências de enfermagem de reabilitação, na reeducação do cliente com deglutição comprometida	45
2.1.4 Identificar a intervenção do EEER na continuidade dos cuidados, após a alta hospitalar	51
2.1.5 Aprofundar os cuidados de enfermagem de reabilitação na prevenção de complicações relacionadas com a saúde do cliente com deglutição comprometida.....	54
2.1.6 Outras atividades desenvolvidas	57
CONCLUSÃO	62
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	66

APÊNDICE

APÊNDICE I – Projeto

APÊNDICE II – Jornal de aprendizagem UCC

APÊNDICE III – Estudo de caso UCC

APÊNDICE IV – Artigo newsletter

APÊNDICE V – Guia de apoio ao cliente amputado

APÊNDICE VI – Sessão de formação UCC

APÊNDICE VII – Relatório de avaliação da formação

APÊNDICE VIII – Resultados da sessão UCC

APÊNDICE IX – Jornal de aprendizagem medicina

APÊNDICE X – Estudo de caso medicina

APÊNDICE XI – Instrumento de colheita de dados

APÊNDICE XII – Plano de exercícios

APÊNDICE XIII – Panfleto disfagia

APÊNDICE XIV – Cartaz disfagia

APÊNDICE XV – Sugestões para alteração da norma disfagia

APÊNDICE XVI – Sessão de formação medicina

ANEXOS

ANEXO I – Avaliação clínica da disfagia

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Sinais que podem indicar a presença de disfagia (Ramsey, Smithard e Kalra, 2003; Morris, 2006; WGO, 2014).....	20
Tabela 2 – Causas mecânicas e distúrbios neuromusculares da disfagia orofaríngea, de acordo com WGO (2014).	21

INTRODUÇÃO

Este documento pretende responder ao proposto no plano de estudos do curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação: Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, mais especificamente na Unidade Curricular – Estágio com relatório. Procura-se, assim, a descrição, análise e reflexão do percurso de desenvolvimento de competências efetuado, enquanto aluna no 3º semestre do curso anteriormente mencionado.

Um trabalho desta natureza não pode deixar de refletir as motivações que o inspiram e os condicionalismos que o envolvem. Digamos que com ele se procura uma articulação de duas coordenadas distintas e, no entanto, complementares. Antes de tudo, trata-se de procurar corresponder a situações muito concretas, no contexto de uma carreira hospitalar, que fazem com que seja perfilhada uma dinâmica de atualização e especialização numa área específica de atuação. Em segundo lugar, pretende-se demonstrar, também, a aquisição de competências comuns referentes aos enfermeiros especialistas em termos gerais da sua atuação.

De facto, a informação, o conhecimento e o saber constituem valores críticos e reflexivos, sendo o seu carácter dinâmico e operativo condições de excelência da ação humana. Nesta perspetiva, o enfermeiro sente cada vez mais a necessidade de desenvolver o seu conhecimento científico e a sua aplicação prática ao nível dos cuidados que presta, procurando corresponder com eficácia aos múltiplos desafios que impendem sobre o seu desempenho profissional.

Na verdade, enquanto enfermeira, desenvolvo a minha atividade profissional num serviço cirúrgico, especializado em cirurgias de cabeça e pescoço, onde são efetuadas intervenções que alteram as estruturas anatómicas diretamente envolvidas no processo fisiológico da deglutição. Para além disso, durante a minha prática diária de cuidados de enfermagem, é frequente surgirem clientes que apresentam alterações no processo de deglutição e grande parte destes têm alta para o domicílio, sendo fundamental a sua reabilitação, por forma a assegurar um equilíbrio nutricional adequado. As pneumonias de aspiração, a desnutrição e a desidratação são realidades frequentes nos contextos de trabalho, em clientes com patologias de base de diversas naturezas.

Pretende-se, por isso, aprofundar conhecimentos para a intervenção especializada no cliente com deglutição comprometida (disfagia), para além de todos os domínios de atuação que se encontram especificados no regulamento das competências específicas em enfermagem de reabilitação, definidas pela ordem dos enfermeiros. Desta forma, demonstra-se a aplicabilidade do conhecimento científico na prática clínica atual, como resultado do desenvolvimento de um conjunto de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (EEER), adquiridas durante o percurso em ensino clínico, a par da aquisição das competências comuns referentes aos enfermeiros especialistas em termos gerais da sua atuação.

A alimentação deve ser compreendida para além das questões biológicas, mas também como uma forma de expressão de valores e crenças que se revelam pela socialização do indivíduo. Desta forma, a capacidade de deglutição, enquanto processo fisiológico fundamental da alimentação, irá interferir com todos os aspetos da vida social e de lazer, com grande impacto na qualidade de vida da pessoa.

A disfagia orofaríngea corresponde a uma alteração ou perturbação da deglutição cujos sinais e sintomas específicos podem ocorrer em qualquer fase do processo da deglutição (Branco e Portinha, 2017). Esta pode ser adquirida após compromisso neurológico ou mecânico (World Gastroenterology Organisation (WGO), 2014). É considerada um distúrbio incapacitante para o indivíduo do ponto de vista funcional da deglutição, bem como do ponto de vista emocional, porque, frequentemente, está associada a estados de depressão, e ainda do ponto de vista social, interferindo na sua relação interpessoal de convívio e lazer, bem como de prazer com a alimentação, refletindo-se, desta forma, na qualidade de vida do cliente (Ekberg et al., 2002; Farri, Accornero e Burdese, 2007; Holland et al., 2011). Neste sentido, a disfagia constitui uma área de intervenção importante para o EEER, pelo que este deve ser responsável pela avaliação e tratamento, implementando medidas que visam a prevenção de complicações associadas a este diagnóstico (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2015).

As consequências clínicas da disfagia estão diretamente relacionadas com o prognóstico geral do cliente, e podem incluir a pneumonia de aspiração,

a desnutrição e a desidratação. Pode surgir em contexto hospitalar ou na comunidade, sendo que a prevalência em unidades hospitalares e de longa duração é consideravelmente maior. Holland et al. (2011) efetuaram um estudo que descreve a prevalência de disfagia na comunidade geral do Reino Unido, à qual corresponde uma taxa de 11%. No entanto, a verdadeira prevalência da disfagia é difícil de determinar e os estudos indicam que, nos indivíduos idosos que residem na comunidade, a disfagia tem sido descrita em cerca de 10-27% (Kawashima et al., 2004; Holland et al., 2011; Serra-Prat et al., 2011). Numa unidade geriátrica aguda foi diagnosticada em 47,5% (Cabre et al., 2014), e em 51% nos idosos institucionalizados em unidades de longa duração (Lin et al., 2002). A disfagia torna-se mais comum em indivíduos idosos, uma vez que a maioria das patologias que lhe dão origem estão associadas a idades mais avançadas, como é o caso das neurológicas e/ou neurodegenerativas. A disfagia resultante do Acidente Vascular Cerebral (AVC) ocorre entre os 64 -78% na fase aguda, com uma prevalência de 40-81% na fase crónica da doença. Nas doenças neurodegenerativas, tais como a demência (57-84%), doença de Parkinson (82%) e Alzheimer (57-84%), os valores de prevalência são igualmente elevados (Martino et al., 2005; Langmore et al., 2007; Kalf et al., 2012), bem como os indivíduos submetidos a radioterapia por neoplasia de cabeça e pescoço com uma prevalência de disfagia de 60-75% (WGO, 2008). De salientar, também, os indivíduos sujeitos a períodos prolongados de entubação oro traqueal, em unidades de cuidados intensivos, cuja prevalência de disfagia é de 44% a 62% (Skoretz, Flowers e Martino, 2010).

Serra-Prat et al. (2012), ao avaliar o efeito da disfagia, especificamente na desnutrição e/ou infeções respiratórias baixas nos indivíduos idosos, concluíram que esta contribui para a desnutrição, para a deterioração da capacidade funcional e debilidade muscular que, por sua vez, pode favorecer a disfagia, causando um círculo vicioso e sugerem que a disfagia pode ser um dos fatores de iniciação/desencadeamento do processo de fragilidade.

Na presença de deglutição comprometida, a mortalidade aumenta, bem como a taxa de complicações que lhe estão associadas (Altman, Yu e Schaefer, 2010).

Para além do impacto no indivíduo a nível biopsicossocial, a disfagia contribui para o aumento dos encargos económicos quer na área da saúde quer para o cliente/família, pela necessidade de aumento dos recursos de saúde e assistência. Bonilha et al., (2014) demonstraram que a disfagia relacionada com o AVC aumenta as despesas médicas após o AVC em quase 25%. Nos indivíduos com doença de Parkinson, a presença de disfagia levou ao aumento dos custos na saúde de mais de 10% (Makaroff et al., 2011). Bem acima de ambos esses números, a disfagia na doença de Alzheimer tem sido associada a um aumento de 40% no total de despesas de saúde (Tian et al., 2013). As razões para esses aumentos de custos impulsionados pela deglutição alterada são, provavelmente, multifatoriais. Podem estar relacionados com o aumento do tempo de internamento, pela maior recorrência ao serviço de urgência, bem como pela existência de uma maior proporção de clientes que são encaminhados para centros de reabilitação e lares (Bonilha et al., 2014).

Do ponto de vista individual, económico e epidemiológico, o impacto da disfagia é considerável e deve ser visto como uma questão de grande preocupação por todos os elementos envolvidos na equipa multidisciplinar e, neste caso específico, pelo EEER. Daí surge a necessidade do desenvolvimento de competências que permitam intervir a um nível de complexidade mais elevado, participando na avaliação e na reeducação do cliente com alterações na deglutição. Com vista à prestação de cuidados individualizados, que atendam à singularidade de cada um, é imprescindível a recolha de informação junto do cliente acerca das suas preferências, perceções e necessidades, bem como a integração dessa informação na prestação de cuidados com vista à promoção da autonomia (Suhonen, Valimaki e Leino-Kilpi, 2008).

Segundo a OE (2010b), o EEER deve possuir conhecimentos e competências que lhe permitam direcionar as suas intervenções de acordo com as necessidades, características e capacidades de cada indivíduo, tendo em conta a sua individualidade. Daí que a sua intervenção deva atender aos aspetos físicos, psicológicos, cognitivos, sociais e económicos de cada um. O seu foco de atenção visa a promoção e manutenção do bem-estar e da qualidade de vida, contribuindo para a recuperação da funcionalidade e, sempre que possível,

apelando à autonomia e autocuidado do indivíduo, além de prevenir complicações e maximizar as capacidades do mesmo.

O impacto da disfagia nos clientes é considerável e esta deve ser vista como uma questão de séria preocupação, sendo considerada por Santoro (2008) um problema de saúde pública. Ainda assim, é considerada pela WGO (2014) como uma patologia muito subestimada e mal-entendida.

Neste sentido, o EEER assume um papel preponderante na prevenção de complicações para a saúde dos clientes, na medida em que permanece junto dos mesmos por um período consideravelmente maior do que todos os outros elementos da equipa interdisciplinar. Este deverá estar apto a identificar e avaliar as situações de risco de disfagia, sendo que para isso é necessário o treino para o domínio destas competências. Já Hughes (2011) refere que os enfermeiros necessitam de estar bem informados sobre as necessidades dos clientes, havendo um consenso sobre a necessidade de treino para permitir a avaliação da deglutição, antes das avaliações formais por outros profissionais. Desta forma, pode garantir-se que os clientes tenham uma alimentação e hidratação eficiente e segura. Além disso, é importante formar a equipa de enfermagem no sentido de a sensibilizar para esta problemática e, desta forma, alertar e identificar situações de risco ou quando a disfagia já está instalada (Hansel e Heinemann, 1996; Massey e Jedlicka, 2002).

Assim, e tal como é corroborado por Morris (2006), a disfagia é, por natureza, multifatorial e está associada a um número significativo de patologias. O diagnóstico precoce é essencial para que as complicações potencialmente fatais, como a pneumonia de aspiração, possam ser prevenidas. O EEER tem um papel fundamental a desempenhar na identificação e avaliação de clientes em risco e na sua referenciação para uma avaliação invasiva. Embora seja defendida uma abordagem interdisciplinar para a gestão da disfagia, grande parte dos cuidados a adotar, bem como a sua monitorização, recaem sobre os enfermeiros. Assim, a disfagia constitui uma condição desafiadora para gerir. Está ao alcance do EEER oferecer uma satisfação considerável em termos de resultados, contribuindo, desta forma, para a qualidade de vida do cliente.

A reeducação da deglutição tem como objetivo proporcionar intervenções terapêuticas que visem melhorar o processo de deglutição e manter ou recuperar

a independência na atividade alimentar-se, de uma forma segura, minimizando o impacto desta incapacidade. Nesta linha de pensamento, surgiu a necessidade de adoção de um modelo teórico que orientasse e conduzisse a prática de cuidados. Assim, a autora que norteia este relatório é Dorothea Orem, uma vez que se considera que a sua filosofia de cuidados sustenta a temática e as intervenções do EEER, adequando-se à problemática em causa.

A Teoria de Enfermagem do Défice de Autocuidado, de Orem, descreve a enfermagem como uma profissão que satisfaz as necessidades de autocuidado dos indivíduos, para que estes prolonguem a vida e a saúde ou recuperem do seu estado de doença (Orem, 2001). A dependência do autocuidado assume-se como um foco primordial no processo de cuidados dos EEER, no sentido de capacitar o indivíduo no desempenho das atividades que constituem cada um dos domínios do autocuidado. A relação entre a Teoria do Défice de Autocuidado e a temática deste relatório será desenvolvida posteriormente, no sentido de se perceber a importância da ação do EEER no processo de recuperação do cliente com disfagia.

Agindo à luz desta teoria, foram desenvolvidas competências específicas do EEER que permitiram alcançar o objetivo da reabilitação, nomeadamente assegurar ao indivíduo incapacitado e/ou família diferentes ações que permitiram suprimir, atenuar ou ultrapassar os obstáculos geradores de desvantagem (Hesbeen, 2001). De facto, Schindler et al. (2008) afirmam que a reeducação na deglutição, numa fase aguda da doença, ajuda os clientes a alcançar uma alimentação independente e prevenir complicações respiratórias e nutricionais. Acrescentam, ainda, que a reabilitação da deglutição deve ser iniciada precocemente, porque ajuda no cumprimento do plano de ensinos relacionados com a disfagia, em contexto de ambulatório, quando iniciado durante o período de hospitalização. Além disso, o modelo assistencial atual conduz-nos para capacitar os cidadãos sobre a sua saúde, fomentando a sua participação no planeamento do seu projeto de saúde, como ser ativo e autónomo, detentor de capacidades para a tomada de decisão (World Health Organization, 1998).

Consciente destes factos, perspetivou-se, durante a redação do projeto de estágio (Apêndice I), desenvolver competências nos cuidados de enfermagem de reabilitação ao cliente com deglutição comprometida, no sentido

de se atingir o objetivo geral seguinte: Desenvolver competências nos cuidados de enfermagem de reabilitação ao cliente com deglutição comprometida, ao qual se associam os seguintes objetivos específicos:

1. Adquirir competências de enfermagem de reabilitação, na avaliação do cliente com deglutição comprometida;
2. Compreender a intervenção do EEER, enquadrada no seio da equipa multidisciplinar;
3. Adquirir competências de enfermagem de reabilitação, na reeducação do cliente com deglutição comprometida;
4. Identificar a intervenção do EEER na continuidade dos cuidados, após a alta hospitalar;
5. Aprofundar os cuidados de enfermagem de reabilitação na prevenção de complicações relacionadas com a saúde do cliente com deglutição comprometida.

Definiu-se, ainda, como objetivo complementar «Desenvolver competências do EEER na abordagem ao cliente com alterações a nível motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da eliminação e da sexualidade», para que, desta forma, pudesse complementar a minha formação, enquanto EEER, indo ao encontro das competências preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros para o enfermeiro especialista.

Para concretização dos objetivos expostos, foi desenvolvido o estágio, que correspondeu ao 3.º semestre do referido curso, numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) e num serviço de Medicina em contexto hospitalar. Este relatório espelha o desenvolvimento de competências humanas, técnicas e científicas, perante uma análise sobre a experiência vivida em contexto da prática clínica de cuidados, ao longo dos estágios desenvolvidos, e que nos prepara para a intervenção em contextos diferenciados de cuidados em enfermagem de reabilitação, tendo por base a pesquisa de evidência científica sobre o tema em questão.

A reflexão sobre a nossa prática de cuidados, nomeadamente no que toca à prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação, é fundamental para o desenvolvimento da humildade intelectual e questionamento sistemático sobre a

nossa prática de cuidados, aspetos que nos permitem melhorar a qualidade dos mesmos e evoluir no sentido de uma prática avançada de enfermagem.

É fundamental realçar que a profissão de enfermagem é uma disciplina orientada pela prática, em que os conhecimentos práticos se adquirem pela reflexão sobre experiências de cuidados (Perry et al., 2013).

A progressão para a prática avançada de enfermagem requer o desenvolvimento da experiência sustentada, da prática reflexiva e da formação, que permitem o desenvolvimento de competências humanas, técnicas e científicas. Consciente deste facto, foram desenvolvidas competências nos cuidados de enfermagem de reabilitação ao cliente com deglutição comprometida, com o intuito de atingir os objetivos específicos que foram descritos no projeto inicial (Apêndice I). Desta forma, pretende-se demonstrar as atividades que permitiram alcançar esses mesmos objetivos, contribuindo para o desenvolvimento de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, algo que será descrito num capítulo posterior.

Assim, este documento está estruturado em duas partes principais:

- Numa primeira parte, é apresentada a justificação da problemática assente no enquadramento teórico e concetual, tendo por base a revisão da literatura efetuada;
- Numa segunda parte, são descritas as atividades desenvolvidas em contexto clínico, que surgiram para dar resposta aos objetivos delineados, e as quais justificam a aquisição de algumas das competências comuns e específicas do EEER. Efetua-se uma avaliação global do trabalho desenvolvido em estágio onde constam as intercorrências previstas e não previstas e as dificuldades apresentadas durante o ensino clínico.

Por fim, tecem-se algumas considerações finais, onde são explicitadas algumas sugestões e perspetivas futuras.

A pesquisa sobre a evidência científica relativa ao tema deste relatório foi efetuada nas bases de dados eletrónicas Medline e Cinhal, segundo uma metodologia de revisão scooping, que teve por base, ainda, alguns artigos apresentados nas referências bibliográficas dos artigos selecionados. Foi

efetuada em dois momentos, um durante a redação do projeto de estágio e outro durante o decorrer do ensino clínico, onde, pela experiência vivida, houve necessidade de aprofundar o conhecimento científico sobre a forma de atuação em determinadas situações específicas da prática. A restante pesquisa teve em conta livros especializados sobre o tema, artigos do Google acadêmico e sites de organizações internacionais.

1 A PESSOA COM DISFAGIA

A deglutição é um processo que envolve o controlo motor e sensitivo a partir de estruturas localizadas dentro da cavidade oral, faringe e esófago. Deglutir implica que sejam transportadas as substâncias da cavidade oral ao estômago, sem que haja a entrada de conteúdo nas vias aéreas, sendo, para isso, necessária a coordenação precisa de todas as estruturas envolvidas, principalmente da fase oral e faríngea. Assim, facilmente se percebe que uma alteração no funcionamento normal das estruturas envolvidas neste processo causa disfagia. A disfagia é uma condição que envolve uma dificuldade percebida ou real na formação ou movimentação de uma substância, de forma segura, da cavidade oral para o esófago e estômago (Baijens et al., 2016) e pode estar relacionada com alterações funcionais ou estruturais (congénitas ou adquiridas) da cavidade oral, faringe, laringe, esófago ou esfíncter esofágico (Matsuo e Palmer, 2008). De salientar que é importante diferenciar a disfagia dos distúrbios alimentares e desequilíbrios associados aos hábitos alimentares normais, em indivíduos que apresentem estados nutricionais deficientes.

A deficiência na proteção da via aérea, durante a deglutição, tem como consequência a aspiração, e pode ocorrer devido à elevação reduzida da laringe e osso hioide, a uma inclinação deficiente da epiglote, ao encerramento incompleto do vestíbulo laríngeo, ou ao inadequado encerramento das cordas vocais devido à paralisia ou hipotonicidade muscular (disfagia orofaríngea) (Matsuo e Palmer, 2008). Pode também ocorrer devido a alterações a nível dos mecanismos protetores do organismo, contra o refluxo do conteúdo gástrico para a faringe e a laringe (WGO, 2014); no entanto, a disfagia orofaríngea, tal como já referido anteriormente, é o tipo de disfagia que será abordada neste trabalho, pelo facto de ser a que requer intervenção do EEER (OE, 2015). Schindler et al., (2008) afirmam que são necessários especialistas qualificados para a avaliação precoce e para a melhor gestão.

Assim, a aspiração constitui uma das preocupações primordiais, aquando da abordagem de um indivíduo com disfagia. E, caso ocorra antes do ato de deglutir, pode surgir devido à entrada prematura de substâncias para a faringe e/ou devido a uma contenção deficiente do bolo na cavidade oral. Quando surge

após a deglutição, é habitualmente devido à presença de resíduos alimentares na faringe após a deglutição (Matsuo e Palmer, 2008). Quando os mecanismos protetores das vias aéreas se encontram comprometidos, implica que haja uma resposta do indivíduo à aspiração que pode apresentar-se, mais frequentemente, como a dificuldade em iniciar a deglutição, uma forte tosse reflexa, pigarrear após deglutir, voz nasalada ou rouca, regurgitação nasal e dispneia (Matsuo e Palmer, 2008; WGO, 2014; Baijens et al., 2016). Assim, o EEER deve, proactivamente, procurar sinais e sintomas em clientes em risco. Os sinais possíveis que podem indicar a presença de disfagia encontram-se descritos na tabela em baixo.

Tabela 1 –Sinais que podem indicar a presença de disfagia (Ramsey, Smithard e Kalra, 2003; Morris, 2006; WGO, 2014).

Infeções respiratórias recorrentes (resultantes de alimentos ou líquidos entrados nos pulmões);
Tosse durante ou após a deglutição;
Uma voz ronca ou “molhada” (depois da ingestão de líquidos em particular);
Regurgitação oral de alimentos ou líquidos;
Regurgitação nasal;
Mastigação fraca ou tempo prolongado de mastigação;
Perda de olfato e / ou paladar;
Falta de consciência do movimento da comida na boca;
Reflexo atrasado de deglutição;
Perda de peso;
Desidratação;
Lacrimação;
Rubor facial;
Odinofagia;
Dor torácica durante a alimentação.

A disfagia pode ter várias etiologias, nomeadamente infeções virais, bacterianas ou fúngicas das vias aéreas superiores, ou até medicamentos que causem xerostomia ou letargia, afetando a formação do bolo alimentar (Michalakis, Jackson e Catalano, 2006). Frequentemente, a deglutição, pode, ainda, estar comprometida em indivíduos que apresentem distúrbios do sistema

nervoso central (SNC) incluindo AVC, doença de Parkinson e distúrbios bulbares, como a esclerose múltipla, a doença do neurónio motor, a siringobulbia ou os tumores meníngeos ou pontomedulares primários. Da mesma forma, os distúrbios periféricos que incluem lesões dos nervos periféricos (na síndrome de Guillan-Barré), disfunções da junção neuromuscular (especialmente a miastenia grave) e miopatias, podem igualmente comprometer esta função (Michalakis et al., 2006). Outros autores acrescentam como população em risco os prematuros, os idosos (devido às co-morbilidades associadas ao envelhecimento), os indivíduos com neoplasia de cabeça e pescoço, indivíduos submetidos a radioterapia, indivíduos com doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) e, ainda, os indivíduos sujeitos a períodos prolongados de entubação oro traqueal, em unidades de cuidados intensivos (Santoro, 2008; Skoretz et al., 2010; Serra-Prat et al., 2012; Clayton et al., 2014; Dziewas et al., 2017).

A WGO (2014) descreve um conjunto de patologias que podem estar associados à alteração da deglutição, que se apresentam na tabela em baixo.

Tabela 2 – Causas mecânicas e distúrbios neuromusculares da disfagia orofaríngea, de acordo com WGO (2014).

Causas mecânicas e obstrutivas:	Distúrbios neuromusculares:
Infeções	Doenças do SNC (AVC, doença de Parkinson, esclerose lateral amiotrófica, e outras).
Tiromegalia	
Linfadenopatia Divertículo de Zenker	Distúrbios contrateis como miastenia grave, distrofia muscular, e outras.
Redução na complacência muscular	
Esofagite eosinófila	
Neoplasias de cabeça e pescoço	
Osteófitos cervicais	
Neoplasias e malignidades orofaríngeas	

As complicações da disfagia são graves e têm um grande impacto na saúde, estado nutricional, funcionalidade, morbimortalidade e qualidade de vida dos indivíduos. O défice na eficácia da deglutição ou a ingestão ineficiente de

nutrientes e líquidos leva a malnutrição e/ou desidratação. A existência de uma deglutição não segura, com aspiração de substâncias causa infecções respiratórias e readmissões hospitalares. Todas estas complicações levam à fragilidade e à institucionalização, aumentando a morbimortalidade nestes indivíduos (Baijens et al., 2016).

Como foi referido anteriormente, a aspiração é uma das principais complicações da disfagia e pode ser definida como a passagem de alimentos através das cordas vocais, sendo a resposta normal o desencadear do reflexo de tosse vigoroso. No entanto, quando existe uma alteração da sensibilidade das estruturas envolvidas neste processo, pode ocorrer uma aspiração silenciosa. Esta pode estar presente em cerca de 25-30% dos indivíduos com disfagia (Matsuo e Palmer, 2008).

1.1 A Intervenção do Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação

Existem diferentes testes que podem ser considerados para a avaliação da deglutição, dependendo das características do cliente, da severidade da doença e dos recursos disponíveis. Segundo a WGO (2008), os meios complementares de diagnóstico que constituem a avaliação invasiva da deglutição, a vídeofluoroscopia e a videoendoscopia, são os exames de maior relevância para a avaliação desta função; contudo, estes implicam maiores custos e são de baixa acessibilidade. A avaliação não-invasiva deve ser utilizada pelo EEER, sendo considerada de elevada sensibilidade e especificidade (Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), 2010).

Nas primeiras 24h, e referindo-nos especificamente às situações pós AVC, não deve ser iniciada dieta antes de ser avaliada a deglutição. Este 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 co-morbilidades.

Em colaboração com a equipa interdisciplinar, o EEER tem como função a identificação, avaliação e reeducação funcional do cliente com deglutição

comprometida, para além dos vários domínios de atuação. Assim, o EEER tem por base a elaboração e implementação de um programa de reabilitação, partindo de uma avaliação do foco “deglutição”, constituindo uma ação com repercussões para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. Esta avaliação deve incluir aspetos biopsicossociais do indivíduo, incluindo o exame físico com avaliação dos pares cranianos e integridade da cavidade oral, e a deglutição propriamente dita, com recurso a instrumentos de avaliação. O estado de consciência e de compreensão do cliente são fundamentais para a colheita de dados na avaliação e para uma boa evolução no programa de reabilitação (Michalakis et al., 2006). Com base na avaliação, as estratégias de deglutição podem ser implementadas ou ser identificada a necessidade de exames objetivos. De facto, os “testes de cabeceira”, embora sejam uma importante ferramenta de rastreio precoce do risco de disfagia e aspiração, não conseguem detetar aspirações silenciosas (Ramsey et al., 2003).

Assim, de acordo com a Speech Pathology Australia (SPA) (2012), durante a avaliação clínica da deglutição, devem ser tidos em conta três momentos distintos, que correspondem especificamente à anamnese, ao exame físico oro facial e à avaliação da função de deglutição. Estas fases encontram-se descritas mais pormenorizadamente em anexo (Anexo I).

A reabilitação dos indivíduos com disfagia tem por objetivo a obtenção de uma deglutição segura e eficiente (Silva, 2007), garantindo a capacidade de manter o suporte nutricional e a qualidade de vida. Assim, destaca-se a importância da intervenção do EEER, cuja finalidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação se caracteriza por tomar como foco de atenção a promoção dos projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue, e procurar, ao longo do ciclo vital, prevenir a doença e promover os processos de readaptação, a satisfação das necessidades humanas básicas fundamentais e a máxima independência na realização das atividades de vida, bem como a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos fatores, frequentemente através de processos de aprendizagem do cliente (OE, 2010b). Aos clientes e seus cuidadores devem ser fornecidos esclarecimentos para permitir decisões informadas sobre o tratamento da disfagia (SIGN, 2004).

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 (O'Rourke et al., 2014; Zheng, Li e Liu, 2014; Johnson, Herring e Daniels, 2014).

As estratégias compensatórias, quando indicadas, têm um benefício imediato na deglutição funcional com recurso a intervenções que permitem que os clientes se alimentem de forma segura. Em contrapartida, as estratégias de reeducação funcional da deglutição têm um benefício a longo prazo, contribuindo para melhorar as alterações da deglutição (Johnson et al., 2014; Zheng et al., 2014).

Muitas das técnicas utilizadas só adquirem eficácia quando utilizadas conjuntamente com outras. As manobras posturais da cabeça facilitam o trânsito orofaríngeo e podem provocar eficácia, ao serem capazes de minimizar a aspiração. A eficácia da reabilitação irá depender de indicadores clínicos, nutricionais e funcionais (Silva, 2007). Portanto, a reeducação na deglutição, numa fase aguda da doença, ajuda os clientes a alcançar uma alimentação independente e prevenir complicações respiratórias e nutricionais (Schindler et al., 2008).

Embora haja um consenso sobre o facto de a reabilitação dever ser iniciada o mais rapidamente possível, existem poucas pesquisas (ensaios clínicos) que definam programas de exercícios efetivos para o problema da deglutição alterada (Rangarathnam e McCullough, 2017).

Num estudo do tipo experimental realizado por Kang et al. (2012), foi implementado um programa de exercícios que decorriam durante uma hora por dia, durante dois meses. Foram efetuados exercícios orais, ao nível da faringe e laringe, para além dos exercícios respiratórios. Além dos aspetos relacionados com a avaliação da deglutição, foi ainda avaliado o humor e a qualidade de vida antes do tratamento e ao fim dos dois meses do programa de reabilitação. De facto, os autores concluíram que o grupo experimental apresentou uma melhoria significativa na fase oral da deglutição. Além disso, estes indivíduos também apresentaram um humor menos deprimido e melhor qualidade de vida, quando comparados com o grupo de controlo. Outro estudo foi efetuado por Takahata et

al. (2011), no sentido de perceber os benefícios de uma intervenção precoce aos indivíduos com alteração de deglutição após AVC. Aplicaram medidas de higiene oral e intervenções diretas, nomeadamente mudanças posturais e alteração da consistência da dieta, e concluíram que a proporção de indivíduos que poderia tolerar alimentação por via oral era significativamente maior no grupo de intervenção precoce, em comparação com o grupo de controlo (86,8% versus 67,8%). Além disso, a incidência de infeção respiratória foi menor no grupo de intervenção precoce, quando comparado com o grupo de controlo (20,9% versus 35,6%).

Muitas são as técnicas de intervenção utilizadas para o tratamento da disfagia; no entanto, algumas abordagens compensatórias e exercícios têm maior evidência na sua eficácia, quando comparadas com outras. Os procedimentos com maior eficácia encontrados na evidência científica são: manipulação de consistência e volume do alimento; manobras posturais da cabeça; estimulação sensório-motora oral; estimulação térmica fria (isoladamente não garante eficácia); deglutições múltiplas (isoladamente não é eficaz); manobra de Mendelsohn; manobra de Masako e deglutição forçada (intensifica a propulsão oral) (Silva, 2007).

Os estudos de Robbins et al. (2007) e Steele et al. (2016) demonstraram aumento na força da **língua** após o **fortalecimento muscular** através de exercícios isométricos e isotónicos com recurso a espátula para utilizar medidas de força (pressão) e precisão (gerar pressões em posições anteriores ou posteriores específicas). Segundo estes autores, após os exercícios referidos, verificou-se, também, um aumento na capacidade de gestão do volume colocado sobre a língua. Observaram, ainda, uma diminuição do tempo de preparação oral dos alimentos, um aumento da duração da resposta faríngea e diminuição da penetração/aspiração. Ainda assim, de acordo com Rangarathnam e McCullough (2017), as mudanças relacionadas com a deglutição parecem ocorrer após exercícios isométricos da língua, mas são necessários outros estudos futuros com maior controlo. Hagg e Tibbling (2015) reportaram melhorias mais gerais depois de avaliada a capacidade de deglutição, após o fortalecimento **labial** em 38 indivíduos pós-AVC. A parte posterior da língua pode, também, ser treinada através da solicitação da produção de sons tipo [g]

e [k], mantendo a língua nessa posição por dois segundos e depois relaxar (Pauloski, 2008).

Relativamente aos exercícios de reabilitação direcionados para o atraso no processo de deglutição, que implicam a acumulação de resíduos no espaço valecular, Johnson et al. (2014) consideram que a **manobra de Masako** constitui o método mais utilizado para melhorar esta deficiência. Os clientes são instruídos a engolir a saliva com a língua entre os incisivos.

A reabilitação de um atraso no início da deglutição, na fase faríngea, permanece indefinida. Ainda que a investigação considere uma medida temporária para estimular o reflexo de deglutição, na estimulação térmica e táctil nos pilares das fauces foi demonstrada evidência na melhoria imediata no trânsito oral e faríngeo, reduzindo o risco de aspiração (Rosenbek et al., 1996).

O exercício de **deglutição forçada** demonstrou melhorar a retração da língua e a pressão faríngea durante o processo fisiológico da deglutição, embora este exercício tenha sido originalmente proposto como uma estratégia compensatória para limpar resíduos na valécula e na faringe (Logemann, 2008).

O movimento superior e anterior do osso hioide e laringe é um importante parâmetro fisiológico que influencia a proteção das vias aéreas e a abertura do esfíncter esofágico superior (EES). Tal como acontece com a deglutição forçada, a **manobra Mendelsohn** foi originalmente proposta como uma estratégia compensatória para ajudar na saída de resíduos dos seios piriformes e melhorar a proteção das vias aéreas. A manobra Mendelsohn corresponde ao prolongamento voluntária do osso hioide e laringe no pico da deglutição. McCullough e Kim (2013) fornecem alguma evidência específica para a manobra de Mendelsohn como estratégia de reabilitação para melhorar a excursão do osso hioide e subsequente melhoria na abertura do EES.

O **exercício Shaker**, ou a elevação da cabeça, é outra manobra comumente empregada para aumentar o movimento hiolaríngeo e melhorar a abertura do EES. O exercício de Shaker envolve o conjunto de movimentos isométricos e isocinéticos. A componente isométrica consiste em manter a cabeça levantada por um minuto e observar os dedos dos pés. A componente isocinética consiste na repetição consecutiva de elevação e abaixamento da

cabeça sem descanso (Johnson et al., 2014). Kim et al. (2015) reportaram melhorias estatisticamente significativas nos aspetos seguintes: na perda prematura do bolo alimentar; na existência de resíduos na valécula; na elevação da laringe; no encerramento da epiglote; na presença de resíduos nos seios piriformes; no tempo de trânsito da faringe; e na aspiração, num grupo de clientes com disfagia pós-AVC onde foram aplicados os exercícios Shaker.

O movimento hiolaríngeo também pode mudar como resultado do treino da força muscular expiratória (respiração supraglótica), mas não existem dados sobre os efeitos a longo prazo. As estratégias mais comuns utilizadas para a proteção da via aérea são a respiração supraglótica e super-supraglótica. Na respiração **super-supraglótica** o objetivo é efetuar a manobra de Valsalva, o que ajuda a proteger as vias aéreas (Rogus-Pulia e Robbins, 2013). O exercício de deglutição com a **respiração supraglótica** proporciona proteção ao nível da glote, e a manobra super-supraglótica proporciona proteção ao nível do vestíbulo laríngeo (Johnson et al., 2014).

Argolo et al., (2013) estudaram o impacto da utilização de exercícios motores orais na fisiologia da deglutição e qualidade de vida num grupo de 15 participantes com doença de Parkinson. Os exercícios motores orais consistiam na fonação sustentada, elevação laríngea, retração lingual, sugar compressas e realização de apneias. Os participantes efetuaram os exercícios duas vezes por dia, cinco dias por semana, durante cinco semanas. A maioria das sessões foi completada em casa. Foram observadas melhorias estatisticamente significativas no controlo do bolo alimentar e nos resíduos nas cavidades oral e faríngea.

As técnicas posturais são usadas para controlar o fluxo do bolo e para reduzir ou eliminar a aspiração. Incluem a flexão cervical, extensão cervical, rotação cervical para o lado afetado, flexão lateral para o lado são e deitado (Pauloski, 2008). As estratégias compensatórias podem servir como uma parte do plano de gestão da disfagia, no entanto, o EEER deve implementar programas de reabilitação que são projetados para restaurar ou pelo menos melhorar a fisiologia subjacente à deglutição. Em situações agudas no pós -AVC, estes programas devem ser iniciados precocemente, na medida em que, quando começados durante o período de hospitalização, num número significativo de

casos, não é necessário nenhum tratamento da deglutição no domicílio (Schindler et al., 2008).

Efetivamente, os enfermeiros são os profissionais de saúde que permanecem 24h junto dos clientes, e, por isso, deverão estar alertados para os sinais e sintomas da disfagia. As suas funções implicam uma intervenção direta no autocuidado alimentar-se, nos seus diferentes níveis e, neste caso específico, relacionadas com as alterações da deglutição. Desta forma, os enfermeiros devem estar cientes das complicações inerentes a este processo e identificar os indivíduos em risco para que possam ser acionadas, precocemente, medidas de reabilitação, com ensino ao cliente e família/cuidador informal, perspetivando-se a melhoria dos cuidados prestados.

Nesta linha de pensamento, e tendo em conta que as teorias de enfermagem refletem uma interação conceptual de ideias que justificam a interação do enfermeiro-cliente nos diferentes contextos da prática, foi utilizado um modelo teórico que orientou e conduziu a nossa prática de cuidados, durante o percurso em ensino clínico.

1.2 Utilização do quadro de referência teórico de enfermagem

A Teoria de Enfermagem do Défice de Autocuidado, de Dorothea Orem, engloba três teorias que se encontram inter-relacionadas (Teoria do Autocuidado, Teoria do Défice de Autocuidado e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem), e corresponde a uma tradução conceptual do autocuidado. A sua teoria é baseada na ideia de que os indivíduos, quando capazes, devem cuidar de si mesmos. Esta teoria descreve a enfermagem como uma profissão que satisfaz as necessidades de autocuidado dos indivíduos, para que estes prolonguem a vida e a saúde ou recuperem do seu estado de doença (Orem, 2001). O entendimento dos objetivos dessa teoria está diretamente relacionado com a compreensão dos conceitos de autocuidado, agente de autocuidado, agente dependente de cuidados, défice de autocuidados, sistema de enfermagem, ação do autocuidado ou ação deliberada, comportamento de autocuidado, fatores condicionantes básicos, necessidade terapêutica de autocuidado e requisito de autocuidado (Orem, 2001). Para Orem (2001, p.45),

o autocuidado é definido como uma “função humana reguladora”. A sua finalidade é manter a saúde e a vida, prolongar o desenvolvimento pessoal e conservar o bem-estar. A autora considera existirem três requisitos de autocuidado: universal, de desenvolvimento e desvio de saúde, que promovem as condições necessárias para manter a vida e conservar o estado de bem-estar. Todo o ser humano possui condições ou requisitos de autocuidado, durante as etapas do ciclo vital. A dependência do autocuidado assume-se como um foco primordial no processo de cuidados do EEER, no sentido de capacitar o indivíduo no desempenho das atividades que constituem cada um dos domínios do autocuidado.

Utilizando os conceitos defendidos pela autora, quando estamos perante um cliente com disfagia, significa que pode existir uma alteração em dois dos requisitos universais de autocuidado, tornando-se a pessoa incapaz de manter uma ingestão suficiente de água e alimentos. As consequências para o cliente acabam por se repercutir a vários níveis, uma vez que estes requisitos estão interrelacionados, pois cada um afeta os outros. Nas situações em que as exigências do autocuidado alimentar-se (devido à disfagia) superam a capacidade do cliente para a realizar, é necessário oferecer suporte, e é nesta fase que o EEER deve intervir. A autora acrescenta, ainda, a ideia de que as dificuldades na ação do autocuidado podem estar relacionadas com alterações a nível do domínio cognitivo, físico, comportamental ou psicossocial.

O défice do autocuidado surge, então, quando as necessidades são superiores à capacidade da pessoa para a ação do autocuidado. Desta forma, o EEER deve orientar os cuidados e adequar os métodos de auxílio e de compensação ao tipo de necessidade do cliente. Como fio condutor para a prática de cuidados, a autora identifica cinco métodos de ajuda: agir ou fazer pela pessoa; guiar e orientar; proporcionar apoio físico e psicológico; proporcionar e manter um ambiente de apoio ao desenvolvimento pessoal e ensinar (Orem, 2001).

Desta forma, perante a avaliação da deglutição, o EEER, e tendo em conta as necessidades identificadas, deve desenvolver-se um plano de intervenção, adotando medidas totalmente compensatórias, parcialmente compensatórias e de apoio-educação. O sistema de enfermagem concebido pelo

EEER é baseado nas necessidades de autocuidado e nas capacidades do cliente para o desempenho das atividades do autocuidado. Assim, os cuidados de enfermagem são necessários quando existe um déficit de autocuidado entre aquilo que a pessoa pode realizar (ação de autocuidado) e o que precisa de ser realizado para manter o funcionamento desejado (necessidade de autocuidado).

Em suma, no que se refere ao domínio do autocuidado relativo à temática desenvolvida no projeto em questão, e tendo em conta esta teoria, perante o grau de severidade de disfagia identificado, que conseqüentemente interfere no autocuidado alimentar-se, o EEER deve compensar esta necessidade, através de um sistema de ações de enfermagem bem fundamentadas. Para o efeito, deve ter em conta os projetos de saúde que cada pessoa vive, por forma a reduzir as necessidades de autocuidado, aumentando, assim, a capacidade do indivíduo/família para a gestão do seu processo de saúde.

A família deve estar envolvida em todo o processo de recuperação, a fim de poder dar seguimento à reabilitação após a alta. Para isso, será necessário orientar, estimular e promover o indivíduo/família como agente de autocuidado. É importante saber quais são as expectativas familiares, medos, receios e dúvidas a respeito do quadro de disfagia e, desta forma, elaborar o programa de reabilitação com o envolvimento de todos.

Considera-se que a Teoria Geral de Enfermagem de Deficit de Autocuidado contribui para a clarificação da intervenção do EEER, tendo em conta as necessidades de autocuidado identificadas no cliente.

Assim, os cuidados de reabilitação foram planeados tendo em conta as necessidades identificadas para a realização das tarefas de autocuidado (tendo em conta as perspetivas e prioridades individuais de cada cliente/família), implicando que, quer o enfermeiro, quer o cliente/cuidador assumissem o papel principal no desempenho dessas mesmas tarefas. As atividades descritas no próximo capítulo concretizam a aplicabilidade desta teoria na prática de cuidados, durante o percurso em ensino clínico.

2 DESENVOLVIMENTO DE APRENDIZAGENS

O percurso das experiências que se desenvolveram durante o ensino clínico, e que servem de conteúdo para a redação deste relatório, são os pontos que constituem este capítulo. Nele é espelhada a aquisição de competências comuns e específicas do EEER, enquanto aluna.

Na verdade, este percurso de desenvolvimento começou por ser delineado com a redação do projeto de estágio. Durante o ensino clínico, a forma de atuação teve por base os objetivos delineados nesse mesmo projeto, sendo que agora se pretende a descrição das atividades desenvolvidas para os alcançar.

Neste processo, o ensino clínico apresenta-se como uma componente formativa essencial para a aquisição de conhecimentos científicos, técnicos, humanos e culturais e para o desenvolvimento de competências e habilidades profissionais, através de uma atitude reflexiva sobre a prática. Trata-se, sem dúvida, de um processo fundamental para a prática de uma enfermagem avançada, na área da reabilitação, embora esteja ciente de que, ainda assim, a formação é contínua e a experiência profissional diária nos permitirá desenvolver ainda mais estas competências.

2.1 Descrição das atividades segundo os objetivos delineados

De seguida, serão apresentados os objetivos específicos que foram formulados para o decurso do ensino clínico, assim como as respetivas atividades que permitiram dar resposta a esses mesmos objetivos e que refletem a aquisição de competências.

Na redação deste subcapítulo também se pretendem demonstrar algumas das competências definidas nos descritores de Dublin, desenvolvidos pelo Joint Quality Initiative Group (JQI) (2000). Estas são compatíveis com o segundo ciclo de estudos académicos, nomeadamente a capacidade de análise e síntese, a capacidade de aprender, a habilidade para resolver problemas, a capacidade de aplicar o conhecimento, a capacidade de adaptar-se a situações novas, a

preocupação pela qualidade, a capacidade para trabalhar a informação e a capacidade de trabalhar autonomamente e em grupo.

2.1.1 Adquirir competências de enfermagem de reabilitação, na avaliação do cliente com deglutição comprometida.

O objetivo proposto encontra-se integrado nos enunciados descritivos dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação na área da prevenção de complicações, que, conseqüentemente, se repercute numa melhoria da saúde e satisfação do cliente (OE, 2011). Cabe ao EEER adquirir capacidades técnicas e relacionais que permitam identificar clientes com deglutição comprometida, procedendo à avaliação desta função.

No sentido de desenvolver competências que me permitiram atingir este objetivo, foi necessário ser detentora do conhecimento sobre o processo de deglutição, os indivíduos em risco de apresentar disfagia, e aliá-lo ao conhecimento sobre os sinais de alerta, sendo, desta forma, possível identificar os clientes com necessidade de avaliação da deglutição. Apenas me foi possível proceder à avaliação da deglutição em contexto hospitalar. A avaliação da deglutição deve ser considerada uma parte essencial de intervenção para todos os indivíduos com suspeita (que constituem os indivíduos em risco, definidos na revisão da literatura apresentada) de disfagia ou já com evidência da mesma (European Society for Swallowing Disorders (ESSD), 2012). A avaliação clínica da deglutição deve contemplar as recomendações sugeridas pela SPA (2012), que implica proceder-se à anamnese, ao exame físico oro facial (incluindo sensibilidade e motricidade das estruturas envolvidas) e à avaliação da função de deglutição (da alimentação) (Anexo I). Assim, durante o ensino clínico, foi possível avaliar indivíduos idosos, indivíduos com doenças neurodegenerativas como a demência, doença de Parkinson e Alzheimer, situações agudas e crónicas pós AVC, e indivíduos sujeitos a ventilação mecânica por um período prolongado (Apêndice IX). A disfagia apresenta uma prevalência elevada na população geriátrica, muitas vezes porque surge como consequência de AVC, de demência, bem como de doenças neuromusculares, tal como as neoplasias (Sura et al., 2012). Só pelo conhecimento aprofundado desta temática podemos estar atentos aos indivíduos em risco e iniciar medidas preventivas após a interpretação dos dados resultantes da avaliação.

No sentido de auxiliar este processo, apresenta-se em Apêndice (Apêndice XI) um instrumento de recolha de dados que permitiu o registo de informação pertinente para a anamnese, o exame físico do cliente, e para a avaliação da deglutição (com recurso à escala de GUSS, utilizada no serviço de medicina). A avaliação preliminar da escala de GUSS (secção 1), que corresponde ao teste de deglutição indireto, inclui aspetos avaliados durante a anamnese e exame físico do cliente. Quanto à avaliação funcional com introdução de alimentos (avaliação direta), correspondente à secção 2, da referida escala, salienta-se a importância de se iniciar com cautela e ser efetuada uma observação cuidada, já que estes dados nos auxiliam na melhor abordagem terapêutica.

Todas as fases descritas pela SPA (2012) para a avaliação da deglutição são consideradas fundamentais. No caso específico da disfagia neurogénica, que tem como causa as doenças neurológicas, em que ocorrem lesões no sistema nervoso central que afetam o controlo neuromotor da deglutição (Silva, Gatto e Cola, 2003), destaco a importância da avaliação dos pares cranianos com envolvimento direto no processo de deglutição, enquadrada no exame físico oro facial que, sem dúvida, fornecem um conjunto de dados muito concretos que nos ajudam a identificar a severidade da disfagia, permitindo traçar uma série de medidas interventivas especificamente direcionadas para as alterações identificadas. Nunca deve, por isso, ser descorada esta avaliação.

A avaliação clínica da deglutição deve contemplar, ainda, tal como referido anteriormente, a anamnese detalhada onde são investigados os seguintes aspetos: os hábitos, a história alimentar e os sintomas referidos pelo cliente/familiar, a observação da postura/controlo da cabeça, do padrão respiratório, a presença de dispositivos (traqueostomia), a comunicação, a cognição e o comportamento (SPA, 2012).

Como complemento à avaliação, foi utilizado oxímetro para avaliar as saturações periféricas de oxigénio, uma vez que, de acordo com Colodny (2000), quando existe aspiração, se desencadeia uma situação de desequilíbrio ventilação-perfusão, levando à hipoxia e a dessaturação, que se traduz numa redução de 2% a 4% (Hirst et al., 2002). Embora existam outros estudos que revelam não existir nenhuma relação clara entre a dessaturação e a aspiração,

ainda assim, foi utilizado este recurso para se obterem mais dados que complementassem a avaliação, ajudando na interpretação dos mesmos.

Embora não haja evidências consistentes para apoiar a utilidade da auscultação cervical na avaliação da disfagia, esta foi também utilizada, sendo que a considero muito útil em situações em que, por questões relacionadas com a anatomia e morfologia da pessoa, nos é difícil observar a elevação do complexo hiolaríngeo. No entanto, nestas circunstâncias, podem-se colocar os dedos levemente sobre a cartilagem tiroideia para sentir o seu movimento, permitindo-nos perceber a elevação do referido complexo.

Segundo a SIGN (2010), a auscultação cervical envolve a colocação de um estetoscópio no pescoço, acima da cricoide, e a audição do fluxo de ar durante a respiração normal e a deglutição. Para Branco e Portinha (2017) considera-se uma auscultação cervical normal, quando há ausência de ruídos na sequência de expiração/inspiração e apneia. Durante o processo de deglutição e no período de apneia, aquando da passagem do bolo alimentar na fase faríngea, existem dois sons que são indicadores da presença da deglutição e que podem ser ouvidos através da auscultação cervical. Segundo os mesmos autores, numa deglutição normal, o primeiro som é associado à entrada do bolo na faringe e o segundo está associado à entrada do bolo no esófago. A deteção de um atraso num destes sons, ou ausência dos mesmos, poderá ser um sinal de deglutição alterada.

A ocorrência de disfagia após um quadro de AVC evidencia a importância do diagnóstico, avaliação e intervenção precoce do EEER. A avaliação da deglutição em clientes pós AVC numa fase aguda da doença deve ser efetuada antes da introdução de qualquer alimento. A maioria das disfagias relacionadas com AVC (fase aguda) resolve-se dentro das primeiras semanas (noutros casos pode persistir) pelo que se justifica uma avaliação diária da mesma, com resultados que podem variar consideravelmente (Smithard et al., 1997). Dou o exemplo de uma situação em particular ocorrida com uma cliente de 68 anos de idade que deu entrada no serviço de medicina com diagnóstico de AVC isquémico agudo do hemisfério direito. No primeiro contacto com a cliente, esta encontrava-se vígil e orientada, com alterações nos V (alteração da sensibilidade da face; tátil, dolorosa e térmica, ao nível das três divisões do nervo trigémeo),

VII (assimetria facial, com discreto apagamento do sulco naso geniano à direita) e IX/X (hipofonia) pares cranianos, e embora utilizasse prótese dentária (no domicílio) por perda da totalidade das peças dentárias, não a tinha colocada. As alterações identificadas ao nível do VII par craniano não comprometiam a capacidade de gerir secreções orais. Esta cliente apresentava, também, uma hemiparesia esquerda (força muscular de grau 3, de acordo com a Medical Research Council Muscle Scale (MRC)) e uma bexiga neurogénica desinibida.

Depois de efetuada a anamnese e o exame físico orofacial, que constituem a avaliação da deglutição, nesta cliente, pôde concluir-se que reunia condições para a avaliação direta da deglutição (secção 2 da escala de GUSS), que corresponde à utilização de alimento de diferentes consistências e volumes. Assim, procedeu-se à avaliação funcional da deglutição, onde se concluiu que a cliente apresentava uma disfagia moderada com risco de aspiração, o que implicou uma alteração da consistência da dieta com administração de líquidos espessados, para além das medidas posturais compensatórias adotadas (flexão cervical). A introdução do espessante nos líquidos com consistência mel (consistência em que a cliente não apresenta sinais de aspiração) permitiu a administração de líquidos de uma forma segura e eficiente. Também Johson et al. (2014) referem que a consistência mel é mais eficaz na prevenção da aspiração.

A modificação da consistência dos alimentos sólidos e líquidos constitui uma técnica de intervenção compensatória para os clientes com disfagia (Ney et al., 2009) e tem por objetivo melhorar a segurança. Neste caso específico, perante falta de peças dentárias, também iria melhorar a facilidade de consumo por via oral, o que, portanto, garantiria a ingestão oral dos alimentos de forma segura e adequada (Sura et al., 2012). Assim, foi planeado e implementado o programa de reabilitação, após terem sido identificadas as alterações no processo de deglutição, que, para além das medidas compensatórias (posturais e alteração da consistência da dieta), incluíram exercícios neuromusculares das estruturas envolvidas no processo de deglutição (temática que será desenvolvida no objetivo 3). Desta forma, as atividades desenvolvidas conjuntamente com a cliente/família, tiveram por base a utilização dos sistemas parcialmente compensatório e apoio-educação, nomeadamente durante a

realização dos exercícios neuromusculares, bem como da medida postural a adotar durante as refeições, para garantir uma alimentação segura e eficiente. Este caso pôde demonstrar o desenvolvimento de competências comuns e específicas do EEER mais especificamente no domínio:

- “B1.2. - Incorpora diretivas e conhecimentos na melhoria da qualidade na prática”;
 - “B3.1 - Proporciona um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos e grupos”;
 - “C1.1 - Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão”;
 - “J1.1 - Avalia a funcionalidade e diagnóstica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidade”;
 - “J1.2 - Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocuidado nos processos de transição saúde/doença e/ou incapacidade”;
- (OE,2010a, b).

Verificou-se uma melhoria muito evidente dos défices anteriormente identificados, no dia seguinte ao início do plano de intervenção. Assim, procedeu-se a uma reavaliação da deglutição e constatou-se que a cliente já não apresentava disfagia (com evolução favorável aquando da avaliação dos pares cranianos envolvidos na deglutição).

Esta situação foi importante para perceber que, de facto, é fundamental proceder-se a uma avaliação da deglutição nestes clientes, devendo esta atividade fazer parte da nossa primeira intervenção, enquadrada no plano de reabilitação instituído. Os resultados dessa mesma avaliação devem ser registados no processo clínico do cliente, para se poderem efetuar comparações evolutivas, donde a importância da utilização de escalas que forneçam dados qualitativos de acordo com as avaliações. A importância dos registos em cuidados de saúde tem sido objeto de contínuo debate, revelando-se também, para a enfermagem, de uma utilidade indiscutível. Já Pimenta e Vale (2005), citado por Rodrigues e Oliveira, “referem que estes devem ocupar um lugar de destaque, sendo insubstituíveis no dia-a-dia de qualquer enfermeiro,

independentemente do local onde ele exerce a sua atividade” (Rodrigues e Oliveira, 2005, p.6).

A alteração neurológica aguda resultante do AVC pode variar de indivíduo para indivíduo consoante a extensão da lesão, a lateralidade afetada e o local da lesão vascular do cérebro.

De facto, também nas situações de doença neurodegenerativa (demência, Parkinson e Alzheimer), se verificam alterações evolutivas, à partida, mais lentas e graduais de acordo com a progressão da doença. Estas possuem pior prognóstico, com tendência a aumentar o grau de incapacidade, conduzindo a maiores limitações durante a reabilitação. Perante estes casos, a reabilitação tem como principal objetivo, capacitar o cliente/cuidador a lidar com as consequências da doença. Propõe-se ensinar ao cliente/cuidador estratégias compensatórias e organização de respostas, que poderão proporcionar melhor qualidade de vida ao cliente.

De facto, a avaliação da deglutição tem por objetivo identificar a possível causa de disfagia, avaliar a habilidade de proteção da via aérea e os possíveis riscos de aspiração, determinar a possibilidade de alimentação via oral e, ainda, orientar para a realização de testes complementares e procedimentos necessários ao diagnóstico e ao tratamento da disfagia. Mas, embora essa avaliação seja imprescindível para determinar com rigor as razões estruturais e fisiológicas que desencadeiam a disfagia, outros fatores também devem ser considerados (Threats, 2007). É importante analisar a situação sociofamiliar, bem como as expectativas do cliente/família perante o problema, com a consciência de que, e de acordo com Threats (2007), os fatores ambientais como o apoio familiar e dos cuidadores podem ajudar ou dificultar a pessoa com disfagia.

De facto, durante a prática clínica em contexto domiciliário, tive a noção de que é importante intervir para capacitar e maximizar o potencial funcional da pessoa. Mas percebi, também, que existem fatores não controláveis, principalmente relacionados com as condições sociofamiliares e pela própria situação cognitiva do cliente, que, por vezes, dificultam o alcance desses mesmos objetivos, especificamente na área da disfagia. A avaliação do EEER é de extrema importância e serve para explicar às famílias os riscos relacionados

com esta problemática, nomeadamente a pneumonia de aspiração. É, por vezes, necessário adaptar o próprio mobiliário (aquisição de cama articulada que permita manter o cliente em posição 90°C, pelo menos durante as refeições, e alertar para os posicionamentos que devem ser adotados ou evitados, por exemplo), sensibilizando o cliente/família para esta problemática. Portanto, como resultado da nossa avaliação, surge um plano de reabilitação que tem como finalidade alertar os intervenientes para as situações que possam dar origem a outras complicações. Nestas circunstâncias, o objetivo da reabilitação passa por atenuar ou ultrapassar os obstáculos geradores de desvantagem para o cliente. Assim, tal como refere, Hesbeen (2001), por vezes, num determinado contexto, a ação sobre os obstáculos pressupõe intervenções complexas que serão objeto da definição de prioridades.

Na mesma ordem de ideias, e indo ao encontro do que refere Threats (2007), a avaliação das estruturas corporais e as suas funções não devem, por si só, fazer parte da avaliação da deglutição. Para além disso, a comunicação, o comportamento e as atividades que permitem satisfazer o autocuidado alimentar-se precisam, também, de ser analisadas em conjunto. Somente ao analisar o cliente com disfagia de forma holística, se pode atender a resultados concretos da vida real da pessoa. Assim, uma das formas que se considera salvaguardar uma abordagem biopsicossocial, será pela utilização da CIF (Classificação Internacional de Funcionalidade, incapacidade e saúde) durante a avaliação do cliente com disfagia, para que se consigam dados mais concretos, tendo em conta os fatores biológicos, individuais e sociais que contribuem para a saúde, proporcionando uma visão da mesma, segundo uma perspetiva global da funcionalidade da pessoa com disfagia (Branco e Portinha, 2017).

Embora não tenha sido utilizada a CIF de forma estruturada, serve de exemplo, também, o caso de uma cliente que se encontrava internada no serviço de medicina com diagnóstico de AVC, em que, após ter sido efetuada avaliação instrumental da deglutição com recurso a endoscopia, se verifica que efetivamente a consistência tipo pastosa (sem informação adicional referente ao tipo de consistência a utilizar: pastoso-fino ou grosso) a baixo volume (sem especificar a quantidade) poderá ser introduzida oralmente para treino de deglutição. No entanto, esta cliente não conseguia manter a atenção, ou sequer

compreender convenientemente toda a informação que lhe era transmitida, por forma a possibilitá-la a cumprir ordens para efetuar exercícios favoráveis ao seu processo de reabilitação da deglutição. Apresentava, ainda, incapacidade de adotar uma postura correta da cabeça e pescoço. Daqui se conclui que, efetivamente, um treino adequado e seguro da deglutição não pode passar só pelo ajuste da consistência da dieta a utilizar nesse treino, mas também requer um conjunto de outras condições de segurança, que garantam o correto acompanhamento durante o treino de deglutição. Perante a minha avaliação, posteriormente validada pela minha orientadora de estágio, o treino de deglutição propriamente dito necessitou de ser adiado até que a cliente reunisse condições físicas e cognitivas para a implementação do mesmo (capacidade de atenção, compreensão e adoção de postura correta da cabeça).

De salientar, também, que o relatório da avaliação da deglutição anteriormente referido não especificava a consistência a utilizar (pastosos finos ou grossos) durante o treino, nem o volume específico que se poderia utilizar. De notar que os indivíduos que apresentem dificuldade no controlo oral dos alimentos não devem ingerir volumes pequenos (1 e 2ml), por serem mais difíceis de controlar e exigirem um gasto energético maior. Assim, considera-se que volumes maiores, com 3ml (colher de chá) a 5ml (colher de sopa), podem ser mais funcionais, embora possam aumentar o risco de aspiração (Branco e Portinha, 2017). A informação referente à consistência dos alimentos também deveria ser mais específica, pois a tolerância frente a mudança de textura pode variar de acordo com a consistência oferecida.

Considero que, por vezes, existe alguma complexidade no processo de avaliação do ser humano e, tal como nos diz Hesbeen (2001, p.46) esta complexidade não pode ser enfraquecida, nem nos devemos acomodar a simplificações que se limitam ao somatório das decisões ou medidas tomadas num contexto específico e isolado. Este autor acrescenta, ainda, que “o respeito por esta complexidade autoriza-nos a subscrever uma corrente de pensamento, (...) que não o reduz à soma das partes que o constituem”. De facto, o EEER, por permanecer durante um maior número de horas junto desta cliente, pôde avaliá-la tendo em conta várias perspetivas. A estimulação cognitiva e sensorial tornou-se uma das prioridades no plano de reabilitação estabelecido para esta

cliente. Daqui surge a ideia de que, por vezes, é necessário estabelecer prioridades de atuação para que o cliente beneficie dos cuidados prestados, e nem sempre o treino de deglutição surge como a principal prioridade de intervenção. Este caso também serve de exemplo para o facto de que nunca deve ser descurada nenhuma fase do processo de avaliação da deglutição. Este deve, aliás, ocorrer por meio de uma rigorosa observação neurológica e dos aspetos comportamentais do cliente, sendo que estes aspetos se revelaram fundamentais para delinear o plano de intervenção adequado para cada cliente.

Pude constatar, através da avaliação da deglutição em clientes com risco de disfagia que, efetivamente, este não é um procedimento linear. Nos clientes idosos e já com síndrome demencial ou Alzheimer, por vezes, torna-se difícil que estes participem na avaliação, correspondendo ao que é solicitado, por alterações de ordem mental e comportamental. Quando se procede à aplicação da escala de GUSS, é necessário, não raras vezes, fazermos-nos valer do juízo clínico, que resulta, muitas vezes, da nossa observação e avaliações anteriores do cliente. Caso contrário, não seria possível progredirmos para a fase direta da avaliação da deglutição, que corresponde à introdução de alimentos. De facto, em determinadas circunstâncias, o EEER deve requerer a ajuda da família e /ou cuidadores para recolher informação e/ou basear-se nos dados de outros profissionais e/ou ainda, caso o cliente tenha uma alimentação oral, basear-se na avaliação funcional da deglutição.

Esta ideia vem também salientar a importância de uma avaliação clínica completa de todos os aspetos inerentes à avaliação da deglutição.

No final da avaliação, a disfagia pode ser classificada em: ligeira/sem disfagia; ligeira; moderada ou grave, às quais estão associadas recomendações sobre a consistência alimentar a adotar. Mas convém salientar que, depois de determinado o nível de severidade de disfagia, é importante considerar o nível de ingestão oral do cliente; ou seja, é indispensável verificar se a pessoa é capaz de ingerir uma quantidade suficiente de alimentos que satisfaça as suas necessidades nutricionais. Outras características da disfagia, tal como o tempo de deglutição demorado, podem influenciar todo o processo da alimentação. De acordo com Silva (2007), é necessário observar e avaliar todo o processo de alimentação dos clientes para proporcionar uma conduta mais específica e

eficaz. Especifico em particular, a situação de um cliente com diagnóstico de pneumonia à direita, com antecedentes pessoais de AVC e demência. Este cliente reunia um conjunto de fatores de risco que alertavam para a necessidade de avaliação da deglutição atempada, que permitisse definir um diagnóstico e tratamento adequados. O primeiro contacto estabelecido com este cliente foi na primeira semana de estágio. O cliente tinha já instituída uma dieta pastosa. Após a avaliação do seu estado de consciência, a alimentação oral, para além de não ser segura, também não estaria a ser fornecida de forma eficiente, pelo que foi necessária a entubação nasogástrica, com a necessidade de adoção de um sistema totalmente compensatório no autocuidado alimentar-se. Desta forma, foi possível prevenir complicações para a saúde deste cliente, que implicariam um agravamento da sua situação clínica. Foi assegurada uma alimentação eficiente, o que contribui para a recuperação do seu estado geral. É fundamental que seja garantida uma boa hidratação e aporte nutricional adequados, que irão contribuir para que o cliente possa ultrapassar o processo de doença e situação de fragilidade.

A minha atuação demonstra algumas das competências inerentes aos descritores de Dublin, revelando a minha habilidade de resolver problemas, de aplicar o conhecimento e a minha preocupação pela qualidade dos cuidados.

Perante o explanado neste objetivo, julgo ter desenvolvido competências na área da avaliação da deglutição, considerando atingido o objetivo proposto.

2.1.2 Compreender a intervenção do EEER enquadrada no seio da equipa interdisciplinar

Os cuidados de saúde desenvolvem-se em resultado de uma harmonia multidisciplinar, em que os ganhos em saúde resultam do contributo do conhecimento de cada um dos seus intervenientes, nomeadamente enfermeiros, médicos, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, entre outros (SIGN, 2010).

As tendências internacionais conduzem para o desenvolvimento de equipas interdisciplinares que desafiam os enfermeiros a assumir novos papéis interventivos para além dos atributos socialmente aceites e esperados da sua prática (Neves, 2012).

Verifica-se que, devido ao novo conceito de racionalização dos cuidados de saúde, os clientes têm um tempo de internamento tendencialmente mais curto, o que faz com que lhes seja concedida alta hospitalar ainda com um grau de dependência elevado. Constata-se, por conseguinte, que uma parte dos clientes recupera da sua doença no domicílio com o apoio dos seus familiares e, muitas vezes, também, com a colaboração de instituições que asseguram a prestação dos cuidados de higiene e fornecimento de alimentação.

As altas precoces exigem que o EEER atue com brevidade no sentido de os cuidados prestados não se limitarem ao tratamento da doença, mas sim à preparação do indivíduo no plano físico, moral, social, familiar e profissional para o melhor estilo de vida, de acordo com as suas capacidades (Hesbeen, 2001).

Desta forma, compete ao EEER, e de acordo com a OE (2010a), conceber, implementar e monitorizar planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas. O nível de conhecimento e experiência acrescidos permitem tomar decisões relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação, de forma a maximizar o potencial da pessoa.

Durante o desenrolar do estágio, foi fundamental perceber de que forma é que o EEER pode intervir e atuar no seio da equipa interdisciplinar, contribuindo para a prestação de cuidados de excelência, que culminam com a satisfação do cliente e, conseqüentemente, com a melhoria da sua qualidade de vida. Para isso, foi essencial a integração na equipa interdisciplinar, no sentido de perceber a forma como se articula o enfermeiro com os restantes profissionais e até mesmo com outras instituições sociais e de saúde (no caso do estágio em comunidade).

Em contexto hospitalar, esta integração foi, sem dúvida, mais facilitada, uma vez que correspondia a um contexto semelhante ao local onde desempenho funções. As visitas domiciliárias (na comunidade) e as passagens de turno (no serviço de medicina) corresponderam, em grande parte, aos momentos em que pude intervir, por forma a complementar informação necessária para o processo de cuidados tendo em conta o diagnóstico por mim efetuado relativamente aos cuidados de enfermagem de reabilitação e, especificamente, relacionados com a disfagia. Efetivamente, o EEER, no seio da sua equipa de enfermagem,

assume um papel de destaque, uma vez que, pelos seus conhecimentos especializados e capacidades técnicas, consegue identificar situações de risco relacionadas com a disfagia, alertando os restantes elementos para as situações concretas e esclarecendo quais os cuidados relevantes a adotar. Muitas vezes fui solicitada pelos enfermeiros do serviço de internamento de medicina para a avaliação da deglutição, em situações que constituíam dúvidas para os colegas.

De facto, para Hesbeen (2001, p.69), a reabilitação só faz sentido quando funciona tendo por base a “complementaridade de atores esclarecidos sobre a complexidade do ser humano”. Desta forma, o sucesso do processo de reabilitação depende da continuidade, coordenação e inter-relação do trabalho desenvolvido por toda a equipa, para que se traduza na resolução dos reais problemas do indivíduo, por forma a que sejam atingidos os mais elevados níveis de satisfação e bem-estar (Menoita, 2014).

Na verdade, é no seio da equipa interdisciplinar, onde se geram expectativas e constrangimentos, e em que se insere o indivíduo com incapacidade e a sua família, e, portanto, cabe ao EEER orientá-los e ajudá-los para a tomada de decisão relativa ao seu processo de reabilitação.

Na comunidade, bem como no serviço de internamento hospitalar, a articulação com a assistente social é um ato constante, e fundamental para otimizar todo o processo de preparação para a alta, bem como a adaptação ao seu contexto, já no domicílio, com toda a complexidade que daí possa advir para algumas famílias.

Em ambiente hospitalar, o carácter da interdisciplinaridade envolve a atuação de outros profissionais, e consegue-se de forma mais acessível do que quando o cliente se encontra na comunidade. O objetivo desta intervenção pode ser necessário para a clarificação do diagnóstico de disfagia, por forma a que o tratamento possa ser o mais ajustado possível (por exemplo, quando solicitado o pedido de colaboração por Otorrinolaringologia (ORL)). Pode também ser solicitado, noutras circunstâncias, em que existe a necessidade de implementação de técnicas de reabilitação, o recurso a dispositivos e materiais específicos que apenas se encontram disponíveis em serviços de fisioterapia.

Em contexto hospitalar, foram várias as situações em que foi necessário referenciar para outros elementos da equipa interdisciplinar, nomeadamente pedido de colaboração por ORL para avaliação endoscópica da deglutição (Apêndice X e IX). A referenciação, nestas situações, contribui para a determinação de um diagnóstico mais concreto perante a avaliação invasiva da disfagia, e permitiu-nos direccionar o plano terapêutico relativo a cada cliente. Constituiu uma ajuda fundamental para a nossa intervenção quer na avaliação quer na reeducação da deglutição.

Em contexto hospitalar, o EEER, no seio da equipa interdisciplinar, assume um papel de gestor de caso, uma vez que possui uma visão mais abrangente e holística do cliente pelo elevado número de horas de contacto com o mesmo. Assim, facilmente identifica situações de risco de disfagia que necessitam de ser avaliadas, alertando os restantes enfermeiros para a adoção das melhores práticas, define e implementa planos de intervenção personalizados e solicita a intervenção de outras especialidades médicas, nomeadamente ORL, em colaboração com o médico assistente do cliente.

Caso sejam necessárias intervenções mais específicas, que se conclua assumirem uma maior relevância no programa de reabilitação da deglutição traçado para cada cliente, solicita-se a intervenção conjunta do terapeuta da fala.

Assim, tal como refere Paixão, Silva e Camerini (2010), o enfermeiro deve atuar perante um cliente com disfagia, na prevenção de complicações como a pneumonia e a desnutrição, assim como aumentar a sua autonomia, diminuindo as suas dependências e melhorando as suas relações sociais, ambas extremamente afetadas pela disfagia. Isto só é possível pela sua interligação com os restantes profissionais de saúde, com quem trabalha em conjunto, com o objetivo mútuo de melhorar o autocuidado alimentar-se. O que considero importante é o respeito pela especialidade de cada um e que a comunicação interprofissional seja rápida e eficiente, em prol dos melhores cuidados de saúde prestados ao cliente com disfagia.

Perante o descrito, foram desenvolvidas competências de EEER nos domínios:

- “B1.2. - Incorpora diretivas e conhecimentos na melhoria da qualidade na prática”;
- “C1.1- Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão” (OE, 2010a).

As atividades desenvolvidas, que se apresentaram anteriormente, demonstram a minha capacidade para trabalhar a informação e a capacidade de trabalhar autonomamente e em grupo, dando resposta aos descritores de Dublin.

2.1.3 Adquirir competências de enfermagem de reabilitação, na reeducação do cliente com deglutição comprometida

A intervenção do EEER perante as situações de disfagia advém de uma base de informações obtidas após o resultado do processo de avaliação. É importante identificar alguns fatores que possam interferir na reeducação da deglutição, tais como a oclusão dentária, devendo ser solucionados ou minimizados antes da intervenção específica nesta função (Branco e Portinha, 2017).

Tal como se refere na revisão da literatura, a reabilitação dos indivíduos com disfagia tem por objetivo a obtenção de uma deglutição segura e eficiente (Silva, 2007), garantindo a capacidade de manter o suporte nutricional e qualidade de vida.

É fundamental que o EEER, ao desenvolver um programa de intervenção na disfagia, tenha conhecimento das estratégias compensatórias e dos exercícios destinados ao tratamento da sensibilidade e motricidade, atendendo às necessidades do cliente/família (biopsicossociais), nunca descorando a capacidade de compreensão, tudo isto ainda em ambiente hospitalar, para que se melhore a transição para o ambiente domiciliário (Johnson et al., 2014).

No decorrer do ensino clínico em contexto de internamento hospitalar, verifiquei que são diversas as patologias que levam à hospitalização. Neste contexto de ensino clínico, a afluência de clientes é muito grande, os diagnósticos de entrada muito diversificados e associados, por vezes, a um número considerável de co-morbilidades. Os idosos constituem a faixa etária mais prevalente. O impacto das co-morbilidades associadas ao envelhecimento,

aumento da esperança média de vida e sobrevida após doença grave, exige que sejam iniciados programas de reabilitação precoces, que permitam a redução de incapacidades e a promoção da saúde, melhorando a qualidade de vida.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) (2004) conceitua o termo incapacidade como a restrição resultante de uma deficiência ou falta de habilidade para desempenhar uma atividade considerada normal para o ser humano. A disfagia aparece como uma incapacidade que contribui para a perda da funcionalidade e independência para a pessoa se alimentar, dando origem ao risco de subnutrição, desidratação e pneumonia de aspiração. De acordo com Silva (2007), a eficácia da reabilitação em disfagia orofaríngea necessita da elaboração de um programa terapêutico que eleja um grupo de procedimentos que possam causar efeitos benéficos na deglutição, refletindo-se de forma positiva no estado geral do cliente.

O programa de reabilitação deve ser definido tendo por base as circunstâncias que se relacionam com a doença, a evolução clínica, habilidades cognitivas, motivação do cliente e quadro clínico geral. Na reeducação da deglutição podem estar indicadas duas situações terapêuticas, que são a terapia indireta (sem presença de alimentos) e a terapia direta (presença de alimentos) (Kang et al., 2012).

Para a reabilitação da deglutição, vários métodos de abordagem compensatória e exercícios terapêuticos foram utilizados na prática clínica, embora apenas tenham sido aplicados em clientes internados no serviço de medicina.

Durante o ensino clínico em contexto hospitalar, foi necessário aplicar a terapia indireta num cliente que apresentava aspiração para todas as consistências alimentares (Apêndice IX), independentemente do volume, com o intuito de que o cliente passasse de uma alimentação por sonda nasogástrica, através de um sistema totalmente compensatório, para alimentação exclusivamente oral e de forma independente. O método indireto está associado às técnicas de estimulação ou de deglutição comportamental, sem o uso direto de alimentos, que normalmente é realizada quando, pelo menos, 10% de alimentos que entram na boca são aspirados ou quando existe um aumento no tempo de deglutição (Kang et al., 2012). Um dos métodos indiretos, a

estimulação térmica, pode aumentar a velocidade e a sensibilidade da deglutição, estimulando a superfície interna da cavidade oral com espelho laríngeo (Rosenbek et al., 1991; Hamdy et al., 2003). Neste caso específico, foi utilizada compressa fria na ponta da espátula, para se proceder à estimulação térmica. Efetivamente, os recursos existentes nos serviços direcionados para a reabilitação da deglutição em particular, são muito reduzidos, pelo que houve a necessidade de improviso relativamente aos materiais utilizados. Um outro método de estimulação, referido na literatura como bastante eficaz no tratamento da disfagia, é a estimulação elétrica neuromuscular. Esta envolve a aplicação de corrente elétrica para a superfície da pele e músculo subjacente para criar excitação neuromuscular durante a deglutição (Troche e Mishra, 2017). São utilizadas diferentes abordagens da estimulação elétrica, incluindo a estimulação sensorial e estimulação motora; no entanto, não foi possível aplicá-lo em contexto clínico, apenas poderia ter sido utilizado, neste cliente, caso tivesse sido acompanhado por terapeutas da fala.

Foram definidos e implementados outros exercícios que consistiram em exercícios orais, faríngeos, laríngeos e respiratórios. Os exercícios orais, consistiram no fortalecimento muscular ao nível dos lábios, língua e bochechas que foram colocados em papel, com recurso a imagens, para facilitar e estimular a execução dos mesmos (Robbins et al., 2007 e Steele et al., 2013). Já os exercícios de elevação laríngea e encerramento glótico consistiram:

- nos exercícios de falsete (Logemann, 2008), onde foi solicitado ao cliente para aumentar a altura tonal até ao máximo possível, e para que sustentasse a vogal [i] num tom agudo;
- e nos exercícios oclusivos (Branco e Portinha, 2017), onde foi solicitada a produção de sons oclusivos não vozeados provocando a aproximação das cordas vocais na linha média. Os sons oclusivos vozeados estimulam a vibração da mucosa, reforçando a cavidade oral e a velo faríngea (Branco e Portinha, 2017). Ao indivíduo foi solicitada a produção dos sons [g] e [k].

No que se refere às manobras de deglutição, utilizadas apenas como terapia indireta, foram utilizados neste caso específico, através de um conjunto de ações que se basearam num sistema parcialmente compensatório e de

apoio/educação, as seguintes: deglutição supraglótica com saliva (para melhorar o encerramento da laringe) e exercícios Shaker (para fortalecer os músculos extrínsecos da laringe e favorecer a elevação laríngea) (Branco e Portinha, 2017).

A intervenção aplicada neste cliente teve por base o mencionado por Kang et al. (2012), quando referem que, para além do tratamento de estimulação, os exercícios podem ser combinados com outros, que consistem em exercícios respiratórios, orais e faríngeos. Para o exercício oral, sugerem os exercícios com lábios, língua e bochechas, conduzidos separadamente, enquanto os exercícios faríngeos podem ser feitos através do fortalecimento da parede faríngea, tais como a manobra de Masako e os exercícios de Shaker.

Os exercícios laríngeos foram efetuados com o intuito de melhorar o encerramento das vias aéreas e clarificação de voz, através de exercícios incluindo o fechamento das vias aéreas, a adução das cordas vocais, a voz de falso e os exercícios de respiração para facilitar a deglutição, que inclui a deglutição forçada (numa fase posterior do programa de reabilitação).

Desta forma, foi possível estimular a mobilidade, a tonicidade e a sensibilidade das estruturas envolvidas no processo de deglutição. Neste caso concreto, o objetivo da reabilitação da deglutição foi, efetivamente, preparar as estruturas envolvidas na dinâmica deste processo para a reintrodução da alimentação por via oral de forma segura. Este cliente foi submetido a uma reavaliação endoscópica da deglutição passado três semanas da primeira avaliação. Após retirada a sonda nasogástrica, utilizou-se, como postura compensatória, a flexão cervical em associação com a deglutição forçada (para melhorar a propulsão do bolo alimentar) e múltipla (melhorando a limpeza de resíduos da valécula e dos seios piriformes), ficando o cliente a alimentar-se oralmente. Estas manobras puderam ser testadas durante a realização da nasofibroscopia, uma vez que pude acompanhar o cliente durante a realização deste exame complementar de diagnóstico.

Neste caso, e tal como refere Logemann (2008), a flexão cervical permite esconder a valécula, possibilitando um melhor encerramento da via aérea. O mesmo autor acrescenta, ainda, que a deglutição forçada permite aumentar a retração da língua e a pressão faríngea durante a deglutição e, desta forma,

contribui para a redução de resíduos na valécula. O programa de reabilitação instituído permitiu, nesta situação concreta, que os cuidados de enfermagem prestados a este cliente passassem de um Sistema Totalmente Compensatório no autocuidado alimentar-se, para um Sistema de Apoio/Educação, onde apenas foi necessária a orientação e instrução por parte do EEER, para o desenvolvimento desta atividade de autocuidado.

A satisfação e o ânimo deste cliente foram, sem dúvidas, marcantes, dado que há cerca de dois meses que ele não deglutia qualquer tipo de alimento. Do ponto de vista dos distúrbios incapacitantes que a disfagia causa, nomeadamente as alterações a nível do prazer com a alimentação, sem dúvida que deixou de constituir um problema para este cliente, na medida em que um dos seus objetivos primordiais era poder voltar a alimentar-se oralmente, contribuindo fortemente para a sua satisfação e melhoria evidente da sua qualidade de vida.

Noutros clientes foi possível a aplicação da terapia direta da deglutição associada: à utilização de exercícios de fortalecimento muscular das estruturas envolvidas no processo de deglutição; à aplicação de medidas posturais como a flexão cervical e a flexão lateral para o lado são; e à estimulação térmica.

Medidas como alteração da consistência da dieta e dos líquidos pela associação do espessante, bem como alteração do volume oferecido, foram outras das estratégias utilizadas em programas de reabilitação da deglutição.

De acrescentar que, durante o ensino clínico, não se proporcionaram situações onde fosse possível a aplicabilidade de outras técnicas compensatórias e exercícios terapêuticos, referidos na revisão da literatura. Ainda assim, gostaria de acrescentar que, para a maioria dos clientes, muitas das técnicas e medidas posturais compensatórias, caso não sejam bem controladas e monitorizadas, por profissionais especializados, podem não ser exequíveis e tornarem-se mesmo disfuncionais. Quer isto dizer que o acompanhamento destes clientes por profissionais especializados deve ter continuidade após a alta hospitalar e, em algumas circunstâncias, deve apenas ser realizado por profissionais treinados e especializados nesta área. Só assim se consegue garantir a eficácia e segurança dos métodos utilizados, em alguns clientes.

Além disso, a complexidade de aplicação de algumas técnicas e posturas compensatórias requer que sejam utilizadas em indivíduos com uma atenção e compreensão elevadas e, mesmo assim, exige que estas sejam implementadas após a avaliação endoscópica, em simultâneo com a execução dessas mesmas técnicas.

Perante o descrito anteriormente, foram desenvolvidas competências de EEER nos domínios:

- “B1.2 - Incorpora diretivas e conhecimentos na melhoria da qualidade na prática”;
- “B3.1 - Proporciona um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos e grupos”;
- “C.1 - Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multidisciplinar”;
- “D.2 - Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e validos padrões de conhecimentos”;
- “J1.1 - Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidade”;
- “J1.2 - Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade”;
- “J1.3 - Implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e /ou reeducar as funções ao nível da deglutição”;
- “J1.4 - Avalia os resultados das intervenções implementadas” (OE,2010a, b).

Pude constatar, durante a prática de cuidados em ambos os ensinos clínicos que, de facto, a componente motivacional interfere, fortemente, na implementação de um programa de reabilitação. De acordo com Duncan et al. (2010), a motivação é um fator pessoal determinante, vinculado a interesses, motivos e metas, extremamente significativo no processo de adesão ao

programa terapêutico. Durante a prestação de cuidados, foi necessário ter ciente que a motivação pode surgir como consequência de um comportamento, força interior, impulso ou intenção que leva o indivíduo a agir de determinada forma, mas também se encontra relacionada com fatores extrínsecos (melhoria no desempenho, elogios, etc.). Porém, e tal como refere Apóstolo (2007), as maiores motivações são internas, incluindo decisão própria para se desenvolver autoestima e melhoria da qualidade de vida. A situação de dependência limita o indivíduo na realização das atividades de vida diárias, no seu papel familiar, na participação social e laboral e, conseqüentemente, piora a sua qualidade de vida (Scalzo, 2010). A dependência é um conceito multidimensional, que incorpora fatores físicos, mentais, cognitivos, sociais, económicos e ambientais (OMS, 2004).

Assim, uma das estratégias que pude desenvolver foi, efetivamente, a necessidade de adoção de planos ajustáveis quer à condição física e cognitiva do cliente, quer à sua condição motivacional, no sentido de poder traçar com os clientes metas verdadeiramente atingíveis que valorizassem o seu desempenho durante a sua operacionalização.

Quando a pessoa se sente realizada, progredindo na execução dos exercícios, sente-se mais motivada e, conseqüentemente, revela maior grau de adesão aos programas de reabilitação instituídos para cada cliente.

2.1.4 Identificar a intervenção do EEER na continuidade dos cuidados, após a alta hospitalar

De acordo com Duncan et al. (2005), o encorajamento do cliente/família a retomar atividades profissionais, de lazer ou recreativas, caso a sua condição o permita, poderá melhorar a sua qualidade de vida.

A intervenção do enfermeiro na orientação e formação do cliente/família e na explicitação sobre as várias perspetivas de evolução clínica do cliente são preponderantes para a preparação dos cuidadores sobre a forma como poderão vivenciar o processo de recuperação de independência (Brereton e Nolan, 2000).

A literacia em Saúde, descrita pelo Despacho n.º 49/2016, como a capacidade para tomar decisões informadas sobre a saúde, na vida diária, e

também naquilo que diz respeito ao desenvolvimento do Sistema de Saúde, implica que sejam ativados elementos essenciais do processo educativo e proporcionadas situações de desenvolvimento de capacidades indispensáveis para o autocuidado. Neste sentido, compete ao EEER atuar em colaboração com o cliente/família, de modo a envolvê-los significativamente na tomada de decisão e na recuperação da sua independência, bem como fornecer toda a informação, formação e apoio necessário para a satisfação das atividades do autocuidado. Neste contexto, é fundamental que o EEER tenha consciência de que o término de um programa de reabilitação deve corresponder, sempre que possível, ao cumprimento do objetivo de reintegração na vida familiar e na comunidade (DGS, 2010).

Relativamente ao estágio desenvolvido na comunidade e, tal como referi no Apêndice III, de facto, a recuperação da independência melhora a funcionalidade da pessoa e conduz à plena reintegração social e familiar, o que não acontece de forma indissociável da família. O EEER adquire competências específicas, conceptuais e executivas, tendo a capacidade de intervenção ao nível das funções neurológica, motora, cardiorrespiratória, entre outras. Mas, para que haja efetivamente ganhos em saúde, é necessária a intervenção ativa não só do cliente, mas também da família/cuidador informal.

A família é considerada como a primeira unidade social e apresenta como função primordial o suporte e a proteção dos seus membros. Em situação de doença, os inúmeros recursos familiares devem ser ativados, no sentido de garantir o apoio e a resposta às necessidades específicas dos seus membros (Stanhope, 1999). No entanto, estas circunstâncias nem sempre se verificam, dando origem a limitações no processo de recuperação e reabilitação do cliente. Estas situações são mais frequentes do que o esperado e assumem-se como verdadeiros constrangimentos à atuação do EEER. Este, tendo como foco primordial no processo de cuidados de enfermagem de reabilitação a dependência no autocuidado, assume uma função essencial na comunidade, quando as pessoas se encontram em contexto real, assumindo elas a função de cuidadoras de um cliente em situação de dependência.

De acordo com a SPA (2012), a informação deve ser transmitida em formato adequado para o cliente e cuidadores, informação escrita em forma de

folhetos para serem entregues ao cliente e cuidadores, por forma a que possam levá-los para o domicílio. Perante estas evidências, e dado constituir uma necessidade identificada para o serviço onde realizei estágio, foi criado um panfleto informativo com o título “Alterações da deglutição/disfagia: Guia para o utente e cuidador” (Apêndice XIII). Este panfleto permitiu que a informação transmitida verbalmente pudesse ser suportada em formato papel, e permitiu a sua consulta no domicílio. Fica, assim, acautelada a possibilidade de os clientes/cuidadores poderem adotar uma técnica segura durante a alimentação e ingestão de líquidos, além de estarem despertos para possíveis sinais de alerta que possam estar associados à disfagia e que possam dar origem a outras complicações, nomeadamente a subnutrição e a pneumonia de aspiração.

Além disso, em contexto domiciliário, foi ainda elaborado um artigo que foi divulgado em newsletter no site da UCC, onde desenvolvi estágio. Surgiu com o objetivo de alertar a população para os sinais de disfagia, e para as possíveis patologias que possam estar associadas a esta problemática (Apêndice IV). Assim, este artigo surge no sentido de despertar e proporcionar uma intervenção precoce na avaliação, conduzindo para a reeducação e adaptação do cliente/cuidador à disfagia.

Relativamente ao objetivo a que me refiro, e onde se expõe a intervenção do EEER na continuidade dos cuidados após a alta hospitalar, considero que foi de extrema importância a transmissão de informação junto do cliente/cuidador, para promover a adaptação dos mesmos à disfagia. Em contexto hospitalar, é efetuada a carta de alta de enfermagem, onde é descrita a evolução clínica do cliente e são identificados domínios de autocuidado, onde é necessária a intervenção de enfermagem que garanta a continuidade de cuidados. São explícitas as necessidades de cuidados atuais e, no que se refere à disfagia, devem descrever-se as medidas posturais e técnicas compensatórias, bem como outras medidas gerais de adaptação à disfagia. Efetivamente, a realidade diz-nos que nem sempre o cliente reúne condições sociofamiliares que garantam o cumprimento desses mesmos cuidados (Apêndice X), e cabe ao EEER, que se encontra na prestação de cuidados na comunidade, assegurar o cumprimento dos mesmos. A reabilitação é um processo contínuo de aquisição, manutenção e aperfeiçoamento de capacidades e poderá envolver os esforços coordenados

de diferentes profissionais, não descorando a intervenção na comunidade, que atua sobre o retorno do cliente por forma a torná-lo o mais ativo possível (Duncan et al., 2005).

Perante o descrito anteriormente, foram desenvolvidas competências de EEER nos domínios:

“J2.1 - Elabora e implementa programas de treino de AVD`s visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e qualidade de vida”;

“J2.2 - Promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social”;

“J3.1- Concebe e implementa programas de treino motor e cardiorrespiratório”;

“J3.2 - Avalia e reformula programas de treino motor e cardiorrespiratório em função dos resultados esperados”;

“D2.1 - Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade” (OE, 2010b).

2.1.5 Aprofundar os cuidados de enfermagem de reabilitação na prevenção de complicações relacionadas com a saúde do cliente com deglutição comprometida.

A investigação existente sobre a disfagia refere-se sobretudo à análise da fisiopatologia e tratamento da mesma, havendo uma escassez de dados sobre os resultados de saúde do cliente, perspetivando determinar a sua qualidade de vida e a sua satisfação. Isto porque a disfagia é considerada um distúrbio incapacitante para o indivíduo do ponto de vista: funcional da deglutição; emocional (estando associada a estados de depressão); social, interferindo na sua relação interpessoal de convívio e lazer; de prazer com a alimentação, tendo impacto na qualidade de vida do cliente (Ekberg, 2002; Farri et al., 2007; Holland et al., 2011).

Consciente da problemática que constitui a disfagia, durante o ensino clínico em contexto hospitalar, e após o levantamento das necessidades

formativas identificadas, foi realizada uma sessão de formação/sensibilização destinada à equipa de enfermagem (Apêndice XVI).

Durante a sessão, foi abordada a temática da disfagia, definindo o seu conceito, fases do processo de deglutição e estruturas envolvidas, além da contextualização desta problemática tendo em conta o estado de arte, sinais de alerta, bem como os cuidados gerais a adotar perante um cliente com disfagia. Por fim, fez-se uma referência aos critérios de qualidade dos cuidados de enfermagem ao cliente com deglutição comprometida.

Este serviço admite clientes com AVC. Ora, as pesquisas relatam a alta incidência de disfagia orofaríngea no cliente com AVC (Martino et al., 2005; Langmore et al., 2007; Kalf et al., 2012), destacando a importância de um protocolo para a avaliação da deglutição (SIGN, 2010), evitando complicações como pneumonias aspirativas e subnutrição. Sabe-se que a presença de disfagia se reflete no aumento da gravidade do AVC (Altman et al., 2010), pelo que foi reforçada, durante a formação, a necessidade de seguimento do protocolo do serviço, onde constam orientações relativas a avaliação da disfagia.

No entanto, pela não existência de informação relativa a orientações acerca da gestão e tratamento da disfagia, foi sugerido acrescentar informação à norma do serviço (“Avaliação do doente com alteração da deglutição”), referente à reeducação da deglutição, independentemente da sua gravidade, bem como sobre quais as medidas gerais a adotar na gestão do cliente com alterações de deglutição (Apêndice XV).

Foi ainda elaborado um cartaz, que deve ficar afixado junto ao leito do cliente em risco ou com disfagia, onde são evidenciadas algumas das principais medidas a adotar durante a alimentação, possibilitando alertar as visitas para a forma de atuar, bem como outros profissionais que possam ter contacto com o cliente (Apêndice XIV).

Na UCC, foi igualmente desenvolvida uma formação (Apêndice VI) efetuada para 5 enfermeiros, para 4 alunos de enfermagem do 4.º ano do curso de Licenciatura em Enfermagem, para 1 fisioterapeuta da Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) e, finalmente, para 1 aluno do Mestrado em Enfermagem Comunitária. Foi, posteriormente, avaliado o impacto da formação

através da aplicação de uma grelha de avaliação (Apêndice VII e VIII), elaborada por mim, e do próprio diálogo pós sessão, bem como da constatação durante as visitas domiciliárias efetuadas aos clientes, da aplicabilidade do conteúdo da informação transmitida durante a sessão.

O momento foi bastante enriquecedor, uma vez que permitiu a transmissão de conteúdos relevantes para a melhoria da prática de cuidados, o que vai ao encontro do perfil de competências comuns do enfermeiro especialista, em que se pressupõem o favorecimento da aprendizagem e o desenvolvimento de habilidades e competências (OE, 2010b). Proporcionou-se, desta forma, o debate sobre questões que ainda suscitavam dúvidas para os profissionais e alunos de enfermagem. O tema em questão não tinha sido abordado ainda naquela unidade, pelo que a formação foi considerada uma mais-valia para a equipa.

Foi possível a transmissão de informação prática sobre a utilização do espessante, nomeadamente alertar para as diferenças na utilização do produto de acordo com o fabricante, que era algo que todos os elementos presentes na formação desconheciam. Nos dias seguintes à formação, tive a possibilidade de acompanhar enfermeiros em visitas domiciliárias, tendo verificado que estes tiveram o cuidado de perceber se certos clientes, pela sua condição de fragilidade, devido à presença de doença crónica, poderiam estar em risco de apresentar alterações no processo de deglutição, fazendo inclusivamente ensinamentos aos clientes sobre alguns cuidados relacionados com a postura entre outros, no sentido de prevenir complicações. Antevendo a possibilidade de existência de alterações na deglutição devido a presença de doença crónica, que interfere no agravando e deterioração funcional e, conseqüentemente, na debilidade muscular do mesmo, enquanto aluna do mestrado de reabilitação, tive a necessidade também de intervir para complementar informação mais específica e relevante, sensibilizando para os possíveis sinais de alerta e discutindo as práticas de risco com a cliente/família e cuidador formal (quando existiam).

Desta forma, pude desenvolver competências de enfermeiro especialista no que se refere aos domínios: da melhoria da qualidade, “incorporando diretivas e conhecimentos na melhoria da qualidade na prática (OE,2010b, p.6); bem

como no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, “responsabilizando-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade” (OE,2010b, p9).

De uma forma geral, as atividades planeadas no projeto foram adequadas e suficientes para a concretização dos objetivos. Ainda assim, saliento que surgiram outras oportunidades de aprendizagem, tendo a possibilidade de realizar outras atividades que, embora não estivessem planeadas, contribuíram para a aquisição e consolidação de conhecimentos na área da enfermagem de reabilitação. Estes serão descritos no capítulo seguinte.

2.1.6 Outras atividades desenvolvidas

Apesar de este relatório estar direcionado para a avaliação e reabilitação do cliente com disfagia, perspetivou-se, ainda, como objetivo complementar «Desenvolver competências do EEER na abordagem ao cliente com alterações a nível motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da eliminação e da sexualidade». Desta forma, pretende-se complementar a minha formação, enquanto EEER, indo ao encontro das competências preconizadas pela OE para o enfermeiro especialista.

No decorrer do ensino clínico na UCC, não me foi possível desenvolver atividades relacionadas com os objetivos número 1 e 3, que se relacionam com a avaliação e reeducação do cliente com alterações na deglutição. Mas foi igualmente enriquecedor, na medida em que pude adquirir um conjunto de conhecimentos que me permitiram perceber a importância do EEER na comunidade, algo que desconhecia dado o meu percurso profissional ter sido, até à data, desenvolvido apenas em contexto hospitalar. Só foi possível refletir sobre o objetivo, “compreender a intervenção do EEER enquadrada no seio da equipa interdisciplinar”, durante a minha integração no local de estágio, em que se conhecem as pessoas, as equipas e o trabalho que cada um desenvolve na comunidade.

Durante o estágio na comunidade, tive a necessidade de criar de forma personalizada alguns documentos em forma de panfleto, com recurso a imagens que contemplavam os exercícios musculares isotónicos e isométricos, que

surgiram com o intuito de maximizar a funcionalidade dos clientes (Apêndice V e III).

Gostaria, ainda, de me referir a uma situação de um cliente admitido na UCC. Refiro-me a um homem com 90 anos de idade, que residia com a esposa (90 anos), assumindo-se como cuidadora, conjuntamente com a equipa de apoio domiciliário. Um cliente que se encontrava vígil e orientado auto e alo psiquicamente, com afasia de Broca. Totalmente dependente nas atividades de vida diária. Tratava-se de um cliente que residia apenas com a esposa que, pela sua idade, não reunia as condições necessárias para poder assistir o seu familiar caso surgisse alguma complicação. Ou seja, o facto de o cliente recuperar o andar, ainda que com auxiliar de marcha, poderia constituir uma situação de risco para o próprio. De referir que, no momento da admissão, este cliente se encontrava acamado, no primeiro andar de uma casa que, pela sua arquitetura (grande lance de escadas, quarto pequeno), não reúne condições para a realização de exercícios de reabilitação motora, de forma segura. Ou seja, a questão que se colocou, quer a mim quer à orientadora de estágio, foi se efetivamente o capacitar, o recuperar da independência nas atividades de vida diária, perante as circunstâncias de falta de apoio familiar e de barreiras arquitetónicas identificadas, e perante a debilidade muscular devido ao período prolongado de imobilidade, seria o mais adequado para o cliente. A recuperação motora, dadas as suas circunstâncias de apoio familiares e habitacionais, poderá acarretar outras complicações futuras (risco de queda).

De facto, o ambiente familiar representa, para a pessoa com limitações da atividade e incapacidades, o melhor contexto para a vivência do seu processo de reabilitação. No entanto, de acordo Martins (2002), para evitar a desinserção familiar e comunitária, é fundamental criar condições e medidas de apoio às famílias e às comunidades locais, no sentido de poderem desempenhar da melhor forma o seu papel de suporte à pessoa com deficiência e limitação da atividade.

São estas questões que fazem surgir no EEER um sentimento de frustração e incapacidade perante determinadas situações. Isto porque o cliente poderia adquirir qualidade de vida, tornando-se mais independente em alguns dos autocuidados, minorando o impacto das incapacidades instaladas, caso

existisse apoio e monitorização durante os momentos de execução de determinadas atividades, o que não iria acontecer na ausência do EEER.

Esta reflexão permite-nos constatar e comprovar que, efetivamente, o sucesso da reabilitação e a sua execução em contexto domiciliário depende muito do contexto sociofamiliar.

De facto, a recuperação da independência, melhorando a funcionalidade da pessoa e conduzindo-a à plena reintegração social e familiar, não acontece de forma indissociável da família. A família pode ter maior ou menor capacidade de gerir a situação de fragilidade que decorre do processo de doença do seu familiar. Assim, e de acordo com Martins (2002), a funcionalidade adquirida vai, sem dúvida, interferir na forma como a família integra a doença e na forma como se consegue reorganizar. De salientar, também, que características de ordem sociodemográficas e pessoais, tais como idade, sexo, estatuto socioeconómico, escolaridade, e o nível de maturidade pessoal inerentes a cada indivíduo, são suscetíveis de influenciar diferentes mecanismos e estratégias para enfrentar a situação de incapacidade (Martins, Ribeiro e Garrett, 2003).

Com o término do estágio na comunidade e após ter efetuado um número considerável de exercícios de fortalecimento muscular com os clientes, apercebo-me que adquiri mais facilidade de adaptação no meu plano de intervenção ao estado atual do cliente no momento da visita domiciliária. Percebi também que, em comunidade, embora tenhamos um plano de cuidados estruturado e definido para um determinado cliente, que surgiu de uma avaliação inicial tendo em conta as circunstâncias clínicas físicas e sociofamiliares da pessoa, nem sempre este plano pode ser cumprido como inicialmente definido. De facto, ao contrário da situação em que o cliente está internado e é avaliado diariamente, no caso da prestação de cuidados na comunidade existe um número de horas e dias entre cada visita que pode alterar o estado da pessoa, tornando-o mais ou menos capaz de participar nas atividades propostas.

Com a progressiva aquisição de conhecimentos técnicos relacionados com a reabilitação, e após o contacto com os clientes na prática clínica, percebi também que, para o próprio EEER, é necessário estabelecer prioridades de atuação. Efetivamente, a intervenção na disfagia contribui muito para o bem-estar e para a qualidade de vida da pessoa, mas, numa fase inicial da doença, é

necessário que esta esteja empenhada na sua recuperação funcional a nível motor e respiratório para que, posteriormente, readquira autonomia e independência, ainda de forma progressiva, e consiga dar a devida atenção a outras áreas a reabilitar, conseguindo uma maior participação num programa de reabilitação para a disfagia. É necessário assegurar um bom aporte hídrico e nutricional, evitando situações de desnutrição, deterioração funcional e debilidade muscular, já que o ato de deglutir envolve a ação de 33 músculos. De considerar, ainda, que o ato de deglutir exige que a pessoa esteja concentrada e atenta aos ensinamentos. O excesso de intervenção em determinadas áreas para alguns clientes, especialmente os mais idosos, pode constituir um problema e gerar desmotivação.

A literatura atualmente diz-nos que devemos minimizar o fenómeno associado às alterações da mobilidade/síndrome de imobilidade, já que estas podem trazer consequências mais graves do que a patologia que a originou, gerando uma redução da capacidade funcional temporária em incapacidade. (OE, 2013).

Na UCC, foi admitido um cliente com alteração de equilíbrio e movimento muscular comprometido, já com antecedentes pessoais de silicose. Deambulava com andarilho, mas não sabia utilizá-lo corretamente, com quedas recorrentes, tendo sido necessário o ensino e treino de marcha com andarilho. Neste caso, tive a oportunidade de desenvolver um programa de reabilitação, aplicado num ginásio do centro de dia, onde existia bola suíça, bastão, pedaleira, pinos (para definir um percurso no chão, utilizado para o treinar de equilíbrio dinâmico), e faixas elásticas de intensidade leve.

Devido à sua patologia respiratória, foram também efetuadas com o mesmo cliente, as seguintes técnicas de reeducação respiratória: reeducação abomino-diafragmática e reeducação costal global com recurso a bastão.

Outra cliente com internamento recente devido a um tumor cerebral, ao qual tinha sido operada, apresentava afasia de expressão da qual tinha vindo a recuperar e uma hemiparesia direita. Necessitava de apoio totalmente compensatório em grande parte dos autocuidados. Os objetivos da reabilitação foram: manter amplitude articular e aumentar força muscular nos membros superiores e inferior direitos, com exercícios de mobilização com estímulo

psicovisual; melhorar o equilíbrio com levante diário para cadeirão com espaldar próximo dos 90 graus; treino de equilíbrio sentada; estimular comunicação e treino de Atividades de Vida Diárias (AVD).

Por vezes, no domicílio, as nossas atividades tornam-se mais difíceis de ser realizadas, quando efetuadas em espaços físicos que não correspondem ao ideal. Ainda assim, apela-se à nossa capacidade de adaptação para que os exercícios possam ser efetuados e se obtenham ganhos para o cliente, abrindo caminho para a obtenção de uma maior independência funcional.

Durante o ensino clínico desenvolvido na comunidade, pude constatar, ainda, que os fatores psicológicos, como o prazer e a satisfação e, por conseguinte, uma “predisposição lúdica” têm influência significativa na adesão a programas de exercícios físicos. Estas circunstâncias foram evidentes no programa “Diabetes em Movimento”, desenvolvido no contexto clínico da UCC, que decorria, como atividade de grupo, num complexo desportivo.

Em jeito de conclusão, considero que, por vezes, é difícil perceber qual o limite do nosso programa de reabilitação. Ou seja, as lesões cerebrais que interferem no estado cognitivo e a forma como o cliente participa no programa delineado geram algum sentimento de impotência e frustração no profissional, uma vez que as expectativas da família perante o nosso trabalho e também a resposta que esperam que o seu familiar tenha ao tratamento seja sempre positiva, por forma a poder voltar ao seu estado de independência funcional (o mais próximo possível do que era antes do episódio agudo de doença). Ora, isso, por vezes, não acontece, e, na maioria das vezes, os familiares assumem que a reabilitação implementada naquele cliente, no seu familiar, é sinónimo de obtenção de um estado de independência funcional e cognitiva igual ao que teriam antes do episódio agudo da doença. Gerir estas expectativas nem sempre é fácil e a família, geralmente, necessita de um período prolongado de aceitação da nova condição de saúde do seu familiar. Cabe-nos a nós, enquanto enfermeiros especialistas de reabilitação, esse papel de alertar para a recuperação possível tendo em conta o diagnóstico de cada cliente. Gerir as expectativas dos clientes/família tornar-se-ia mais fácil se estes fossem mais bem informados sobre todo o processo de doença e suas consequências possíveis.

CONCLUSÃO

Este capítulo destina-se a ser um ponto de reflexão sobre os aspetos inerentes à redação deste relatório que traduz a experiência vivida em ensino clínico e que revela a aquisição de competências específicas e gerais do EEER. Assim, tendo em conta os objetivos inicialmente propostos, iremos ressaltar as principais conclusões inerentes aos resultados de todo este percurso de desenvolvimento.

Para além de aprofundar os nossos conhecimentos teóricos no âmbito da avaliação e reabilitação da pessoa com alteração da deglutição (disfagia), este trabalho reflete a aquisição de competências assente numa prática baseada em evidência, onde se considera o contexto da pessoa, a experiência profissional do clínico e a melhor evidência disponível (El Dib, 2007).

Segundo a ESSD (2012), a disfagia deve surgir classificada no relatório médico de cada cliente, de acordo com o Código Internacional de Doenças e da CIF. Esta avaliação permitir-nos-ia estabelecer uma ligação entre o grau de dependência e funcionalidade e o diagnóstico de disfagia, direcionando-nos para um tratamento atempado da disfagia que, muitas vezes, contribui para a desnutrição, infeções respiratórias, deterioração da capacidade funcional e debilidade muscular (Serra- Prat et al., 2012).

No contexto da prática de cuidados, efetivamente, a disfagia surge, e tal como é corroborado pela literatura, como um diagnóstico menosprezado e subvalorizado, não constituindo sequer como o diagnóstico principal de entrada em contexto de internamento. O internamento hospitalar surge quando efetivamente as consequências da disfagia já estão instaladas, acarretando um aumento das co-morbilidades e mortalidade dos indivíduos, muitas vezes devido a pneumonias de aspiração.

A identificação das alterações da deglutição deve ser feita através de um rastreio de indivíduos em risco para, desta forma, se prevenirem complicações pulmonares como a pneumonia aspirativa. Assim, embora à avaliação clínica da deglutição estejam inerentes algumas limitações, esta constitui a melhor prática para a avaliação da disfagia, conjuntamente com a avaliação instrumental. (SIGN, 2010).

Relativamente às intervenções terapêuticas dirigidas à pessoa com disfagia, estas podem ser diferenciadas em estratégias compensatórias e de reabilitação. Nitidamente, os objetivos desta intervenção são reduzir a morbilidade e mortalidade associada a pneumonia de aspiração, melhorando o estado nutricional e possibilitando que a pessoa retorne a uma dieta normal ou adequada, com uma conseqüente melhoria da qualidade de vida (Branco e Portinha, 2017). No entanto, pude constatar que existe uma escassez de evidência científica referente a programas de reeducação da deglutição; ou seja, os autores descrevem a aplicação de técnicas específicas em determinadas populações, não discutindo a eficácia da reabilitação. De acrescentar, também, que os estudos referentes à intervenção do EEER no cliente com deglutição comprometida são nulos, pelo que considero que este relatório, para além de espelhar o desenvolvimento de competências nesta área específica, através do desenvolvimento de atividades em ensino clínico, reúne um conjunto de informação relevante e especializada para o desempenho de atividades inerentes ao EEER. Desta forma, contribui-se para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem e, conseqüentemente, da qualidade de vida e satisfação do cliente.

Perante a intervenção do EEER, a pessoa com deglutição comprometida poderá readquirir independência no autocuidado alimentar-se, o que vai ao encontro do definido pela OE, ao referir que o seu foco de atenção visa a promoção e manutenção do bem-estar e da qualidade de vida, contribuindo para a recuperação da funcionalidade e, sempre que possível, apelando à autonomia e autocuidado do indivíduo, além de prevenir complicações e maximizar as capacidades do mesmo (OE, 2010b).

Considero que o EEER assume um papel de destaque no seio da equipa interdisciplinar, uma vez que possui conhecimentos que lhe permitem identificar situações de risco, cabe-lhe o papel de intervir para prevenir complicações para a saúde das pessoas, podendo alertar os restantes elementos da equipa para as intervenções necessárias de atuação. Desta forma, cabe a estes profissionais contrariar aquilo que vem descrito na literatura, onde se considera que a disfagia é subvalorizada e menosprezada.

Considero, ainda, que, para além de ser fundamental a detenção de conhecimento teórico para a prestação de cuidados ao cliente com deglutição comprometida, é indispensável perceber as informações colhidas na anamnese para que se possa adequar cada procedimento de forma individualizada. Requer-se, ainda, a definição de metas realistas que tornem as intervenções exequíveis e agradáveis, tanto para o indivíduo como para o profissional com quem colabora. Assim se garantem maiores percentagens de sucesso na resolução do problema ou na diminuição do impacto do mesmo. De considerar, ainda, e tal como refere Marchesan (2003), é necessário que o cliente adquira a consciência de um ato maioritariamente inconsciente, como é a deglutição.

De referir que é importante sistematizar orientações aos familiares na alta hospitalar e no acompanhamento ambulatorio, contribuindo, assim, para a diminuição das taxas de complicações associadas à disfagia, no domicílio, Lares e outras instituições.

É minha pretensão, futuramente, poder desenvolver funções enquanto enfermeira especialista de reabilitação, no serviço onde desempenho funções atualmente (ORL e Cirurgia Maxilo-Facial), local onde as competências específicas adquiridas, tendo em conta a temática deste relatório, se revelam essenciais para a melhoria da prática de cuidados.

Perante a constatação de que são poucos os EEER que se dedicam à reabilitação dos clientes com disfagia, e consciente da importância da atuação especializada perante esta problemática, espero que este trabalho possa ser inspirador/motivador para outros profissionais, sensibilizando-os para a importância da implementação de um plano de reabilitação direcionado para a disfagia, nos seus contextos clínicos atuais, refletindo-se, estas intervenções, em ganhos para a saúde das pessoas, bem como no seu impacto para a eficiência dos cuidados prestados.

De salientar que todas as experiências clínicas vivenciadas, na área da enfermagem de reabilitação, ao longo dos ensinamentos clínicos (hospitalar e domicílio) permitiram o enriquecimento e desenvolvimento pessoal e profissional. Na verdade, todo este processo formativo proporcionou uma melhoria tanto nos conhecimentos como na aplicação prática dos mesmos, através de um contínuo empenho e dedicação pessoais, que viabilizaram o

desenvolvimento dessas mesmas competências técnicas e, também, relacionais, necessárias para corresponder às necessidades de autocuidado identificadas em cada momento, para que fosse atingida a máxima independência possível e reintegração sociofamiliar.

A terminar, e em jeito de conclusão, parece-me legítimo poder afirmar que esta fase teórico-prática da formação, pela multiplicidade de experiências e aprendizagens vividas, me facultou o enriquecimento e desenvolvimento pessoal e profissional que traduzem a aquisição inequívoca de competências específicas e gerais do EEER.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Altman K.W., Yu G., & Schaefer S.D. (2010). Consequence of dysphagia in the hospitalized patient: Impact on prognosis and hospital resources. *Archives of Otolaryngology–Head & Neck Surgery*, 136(8), 784–789. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/archoto.2010.129>
- Apóstolo, J.L.A., Viveiros, C.S.C., Nunes, H.I.R., Domingues, H.R.F. (2007). Incerteza na doença e motivação para o tratamento em diabéticos tipo 2. *Rev Lat Am Enfermagem*, 5(4),575-82. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n4/pt_v15n4a09.pdf
- Argolo, N., Sampaio, M., Pinho, P., Melo, A., & Nóbrega, A. C. (2013). Do swallowing exercises improve swallowing dynamic and quality of life in Parkinson's disease? *NeuroRehabilitation*, 32(4), 949–955. **DOI:** 10.3233/NRE-130918
- Baijens, L. W. J., Clavé, P., Cras, P., Ekberg, O., Forster, A., Gerald, F., & Leners, J. (2016). European Society for Swallowing Disorders – European Union Geriatric Medicine Society white paper: oropharyngeal dysphagia as a geriatric syndrome. *Clinical Interventions in Aging* ;11,1403–1428. Disponível em: <https://www.dovepress.comby109.48.214.142>.
- Bonilha H. S., Simpson A.N., Ellis C, Mauldin P., Martin-Harris B, Simpson K. (2014). The one-year attributable cost of post-stroke dysphagia. *Dysphagia*, 29, 545-52. **DOI:** 10.1007/s00455-014-9543-8
- Branco, C. & Portinha, S. (2017). *Disfagia no Adulto- da teoria à prática*. Lisboa: Papa-Letras.
- Brereton, L., & Nolan, M. (2000). "You do know he's had a stroke, don't you?" Preparation for family care-giving: the neglected dimension. *Journal of Clinical Nursing*, 9(4), 498-506. **DOI:** 10.1046/j.1365-2702.2000.00396.x
- Cabre M., Serra-Prat M., Force L.L., Almirall J., Palomera E., Clave P. (2014). Oropharyngeal dysphagia is a risk factor for readmission for pneumonia in the very elderly persons: observational prospective study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 69(3), 330–337. **DOI:** 10.1093/gerona/glt099.

- Clayton N., Carnaby G., Peters M., Ing A. (2014). Impaired laryngopharyngeal sensitivity in patients with COPD: the association with swallow function. *Int J Speech Lang Pathol*, 16(6), 615-23. **DOI:** 10.3109/17549507.2014.882987
- Colodny, N. (2000). Comparison of dysphagics and nondysphagics on pulse oximetry during oral feeding. *Dysphagia*, 15(2), 68-73. **DOI:** 10.1007/s004550010003
- Despacho do Secretário de estado Adjunto e da Saúde, 10 de março de 2016, Programa Nacional de Educação para a Saúde, Literacia e Autocuidados publicado em Diário da República 2.ª série, N.º 49 (2016). 8660-(5).
- Direcção-Geral da Saúde (2010). *Acidente Vasdular Cerebral: Itinerários Clínicos*. Lisboa: Lidel.
- Duncan, L.R., Hall, C.R., Wilson, P.M., Jenny, O. (2010). Exercise motivation: a cross-sectional analysis examining its relationships with frequency, intensity, and duration of exercise. *Int J Behav Nutr Phys Act* , 7(7). **DOI:**10.1186/1479-5868-7-7
- Duncan, P., Zorowitz, R., Bates, B., Choi, J., Glasberg, J., Graham, G., Reker, D. (2005). Management of Adult Stroke Rehabilitation Care: A Clinical Practice Guideline. *Stroke*, 36, 100-143. **DOI:** 10.1161/01.STR.0000180861.54180.FF
- Dziewas R., Beck A. M., Clave P., Hamdy S., Heppner H. J., Langmore S.,..., Wirth R. (2017). Recognizing the Importance of Dysphagia: Stumbling Blocks and Stepping Stones in the Twenty-First Century. *Dysphagia*, 32, 78–82. **DOI:** 10.1007/s00455-016-9746-2
- Ekberg O, Hamdy S, Woisard V, Wuttge-Hanning A, Ortega P. (2002) Social and psychological burden of dysphagia: its impact on diagnosis and treatment. *Dysphagia*, 17,139-46. **DOI:**10.1007/s00455-011-0113-5.
- El Dib R. P. (2007). Como praticar a medicina baseada em evidências. *J Vasc Bras*, 6(1),1-4. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jvb/v6n1/v6n1a01.pdf>

European Society for Swallowing Disorders, ESSD Position Statements: Oropharyngeal Dysphagia in Adult Patients, 2nd ESSD Congress, Barcelona 25 October 2012, Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya I les Balears, CIBERehd - Instituto de Carlos III, AIAQS and ESPEN.

Farri, A., Accornero, A., & Burdese, C. (2007). Social importance of dysphagia: its impact on diagnosis and therapy. *Acta Otorhinolaryngologica Italica: Organo Ufficiale Della Società Italiana Di Otorinolaringologia E Chirurgia Cervico-Facciale*, 27(2), 83–86. Disponível em : <https://doi.org/10.1016/j.micinf.2011.07.011>.Innate

Hagg, M. K., & Tibbling, L. I. (2015). Effects on facial dysfunction and swallowing capacity of intraoral stimulation early and late after stroke. *NeuroRehabilitation*, 36(1), 101–106. **DOI:** 10.3233/NRE-141197

Hamdy, S., Jilani, S., Price, V., Parker, C., Hall, N., Power, M. (2003). Mudulation of human swallowing behaviour by thermal and chemical stimulation in health and after brain injury. *Neurogastroenterol Motil*, 15, 69-77. Disponível em: <https://doi.org/10.1046/j.1365-2982.2003.00390.x>

Hansel D.E., Heinemann D. (1996) Improving nursing practice with staff education: the challenges of dysphagia. *Gastroenterol Nurs.*;19(6):201-6.

Hesbeen W. (2001). *A Reabilitação: criar caminhos*. Loures: Lusociência.

Hirst, L. J., Ford, G. A., Gibson, J. Wilson, J. A. (2002). Swallow-Induced Alterations in Breathing in Normal Older People. *Dysphagia*, 17(2):152–161.**DOI:**10.1007/s00455-001-0115-3

Holland G., Jayasekeran V.,Pendleton N., Horan M., Jones M., Hamdy S. (2011) Prevalence and symptom profiling of oropharyngeal dysphagia in a community dwelling of na elderly population: a self-reporting questionnaire survey. *Dis Esophagud*, 24(7), 476-80. **DOI:** 10.1111/j.1442-2050.2011.01182.x.

Hughes, S.M. (2011). Management of dysphagia in stroke patients. *Nurs Older People*, 23(3), 21-4. **DOI:** 10.7748/nop2011.04.23.3.21.c8420

- Johnson, D. N., Herring, H. J., & Daniels, S. K. (2014). Dysphagia management in stroke rehabilitation. *Current Physical Medicine and Rehabilitation Reports*, 2(4), 207–218 **DOI:** 10.1007/s40141-014-0059-9
- Joint Quality Initiative Informal Group (JQI) (2000). «Tuning - sintonizar as estruturas educativas da Europa», Descritores de Dublin. Disponível em: www2.isec.pt/~armenioc/privado/BolonhaECTS/Bolonha.../DescritoresDublin
- Kalf J.G., de Swart B.J.M., Bloem B.R., Munneke M. (2012) Prevalence of oropharyngeal dysphagia in Parkinson's disease: a meta-analysis. *Parkinsonism Relat Disord.*,18(4), 311–315. **DOI:** 10.1016/j.parkreldis.2011.11.006
- Kang, J., Park, R.Y., Lee, S.J., Kim, J.Y., Yoon, S.R. & Jung, K.I. (2012). The effect of bedside exercise program on stroke patients with dysphagia. *Annals of Rehabilitation Medicine*, 36, 512-520. Disponível em: <https://doi.org/10.5535/arm.2012.36.4.512>
- Kawashima K., Motohashi Y. & Fujishima I. (2004) Prevalence of dysphagia among community-dwelling elderly individuals as estimated using a questionnaire for dysphagia screening. *Dysphagia*,19(4), 266–271. **DOI:** 10.1007/s00455-004-0013-6
- Kim, K. D., Lee, H. J., Lee, M. H., & Ryu, H. J. (2015). Effects of neck exercises on swallowing function of patients with stroke. *Journal of Physical Therapy Science*, 27(4), 1005–1008. **DOI:** 10.1589/jpts.27.1005
- Langmore S.E., Olney R.K., Lomen-Hoerth C., Miller B.L. (2007) Dysphagia in patients with frontotemporal lobar dementia. **Arch Neurol.**, 64(1), 58–62. Disponível em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=3a47ce96-42e3-481e-bd5e-a88a88a57a53%40sessionmgr4009&vid=14&hid=4101>
- Lin L.C., Wu S.C, Chen H.S., Wang T.G., Chen M.Y. (2002). Prevalence of impaired swallowing in institutionalized older people in Taiwan. *J Am Geriatr Soc*, 50 (6). Disponível em: <https://doi.org/10.1046/j.1532-5415.2002.50270.x>

- Logemann, J.A. (2008). Treatment of oral and pharyngeal dysphagia. *Physical medicine and rehabilitation clinics of North America*, 19(4),803-816. **DOI:** 10.1016/j.pmr.2008.06.003.
- Makaroff L., Gunn A., Gervasoni C., Richy F. (2011) Gastrointestinal disorders in Parkinson's disease: prevalence and health outcomes in a US claims database. *J Parkinsons Dis*, 1(1), 65-74. **DOI:** 10.3233/JPD-2011-001.
- Marchesan I. (2003). O que considera normal na deglutição. In Jacobi J, Levy D & Silva L. *Disfagia – Avaliação e tratamento*. (pp.3-17). Rio de Janeiro: Revinter.
- Martino R., Foley N., Bhogal S., Diamant N., Speechley M., Teasell R. (2005) Dysphagia after stroke – incidence, diagnosis, and pulmonary complications. *Stroke*, 36(12), 2756–2763. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.parkreldis.2011.11.006>
- Martins, M. M. (2002). Uma Crise acidental na Família: O Doente com AVC. Coimbra: Formasau.
- Martins, T.; Ribeiro, J. P.; Garrett, C. (2003). Estudo de Validação do Questionário de Avaliação da Sobrecarga para Cuidadores Informais. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 4 (1),131-48. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.12/1050>
- Matsuo K., & Palmer J. B. (2008). Anatomy and Physiology of Feeding and Swallowing – Normal and Abnormal. *Phys Med Rehabil Clin N Am*, 19 (4), 691–707. **DOI:**10.1016/j.pmr.2008.06.001
- Massey R, & Jedlicka D. (2002) The Massey Bedside Swallowing Screen. *J Neurosci Nurs*.;34(5):252-3, 257-60
- McCullough, G. H., & Kim, Y. (2013). Effects of the Mendelsohn maneuver on extent of hyoid movement and UES opening post-stroke. *Dysphagia*, 28(4), 511–519. **DOI:** 10.1007/s00455-013-9461-1
- Menoita, E., Sousa, L., Alvo, I. & Vieira, C. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC: contributos para um envelhecer resiliente*. Loures: Lusociência.

- Michalakis E; Jackson A & Catalano P. (2006) Nervos Craniano IX, Glossofaríngeo e Nervo Craniano X, Vago: Deglutição; In Royden J. (2006) *Neurologia de Netter*. Artmed: Porto Alegre.
- Morris, H. (2006). Dysphagia in the elderly—a management challenge for nurses. *Br J Nurs*, 15, 558–562. Disponível em: <https://doi.org/10.12968/bjon.2006.15.10.21132>
- Neves, M.M. (2012). O papel dos enfermeiros na equipa multidisciplinar em Cuidados de Saúde Primários – Revisão sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, 8 (2), 125-134 Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIIn8/serIIIIn8a13.pdf>
- Ney, D.M., Weiss, J.M., Kind, A.J., Robbins, J. (2009). Senescent swallowing: impact, strategies, and interventions. *Nutr Clin Pract*; 24(3):395-413. **DOI:** 10.1177/0884533609332005
- O'Rourke F., Vickers K., Upton C., Chan D. (2014) Swallowing and oropharyngeal dysphagia. *Clinical Medicine*, 14 (2), 196-199. **DOI:** 10.7861/clinmedicine.14 196.
- Ordem dos Enfermeiros (2010a). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Paginas/RegulamentoCompetenciasComunsEspecificas.aspx>
- Ordem dos Enfermeiros (2010b). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Paginas/RegulamentoCompetenciasComunsEspecificas.aspx>
- Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros (2013). Cuidados a pessoa com alterações da mobilidade-posicionamentos, transferências e treino de deambulação: Guia orientador de boa prática. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

- Ordem dos Enfermeiros (2015). Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Porto: Ordem dos Enfermeiros.
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of Practice*. (6ª ed). St. Louis: Mosby.
- Organização Mundial da Saúde (OMS). (2004) CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, incapacidade e saúde. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Paixão, C.T.,Silva, L.D. & Camerini, F.G. (2010) Perfil da disfagia após um acidente vascular cerebral: uma revisão integrativa. *Rev. Rene. Fortaleza*, 11(1), 181-190.
- Pauloski, B. R. (2008). Rehabilitation of dysphagia following head and neck cancer. *Physical medicine and rehabilitation clinics of north America*, 19(4),889-928. **DOI:** 10.1016/j.pmr.2008.05.010
- Perry, A. G. (2013). Fundamentos teóricos da prática de enfermagem. In Potter, P. A., Strockert & Hall, A M. *Fundamentos de enfermagem* (8ª ed.). Rio de Janeiro: Elsevier Editora.
- Ramsey D.J., Smithard D.G., & Kalra L. (2003) Early assessments of dysphagia and aspiration risk in acute stroke patients. *Stroke*.;34(5):1252-7.
- Rangarathnam, B.; McCullough, G. H. (2017); Perspectives of the ASHA Special Interest Groups:(Swallowing Exercises in Patients Post-Stroke: What Is the Current Evidence?), 2(1), 4-12.
- Robbins, J., Kays, S. A., Gangnon, R. E., Hind, J. A., Hewitt, A. L., Gentry, L. R., & Taylor, A. J. (2007). The effects of lingual exercise in stroke patients with dysphagia. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 88(2), 150–158.
- Rodrigues A & Oliveira M. (2005). Registo intra-operatório: que utilidade na continuidade dos cuidados de Enfermagem. *AESOP revista*, 6(16),6-10.
- Rogus-Pulia, N., & Robbins, J. (2013). Approaches to the rehabilitation of dysphagia in acute poststroke patients. *Seminars in Speech and Language*, 34(03), 154–169. **DOI:** 10.1055/s-0033-1358368

- Rosenbek JC, Robbins J, Fishback B & Levine RL. (1991). Effects of thermal application on dysphagia after stroke. *J Speech Hear Res*, 34, 1257-1268 13.
- Rosenbek, J. C., Roecker, E. B., Wood, J. L., & Robbins, J. (1996). Thermal application reduces the duration of stage transition in dysphagia after stroke. *Dysphagia*, 11(4), 225–233.
- Santoro P.P. (2008). Disfagia orofaríngea: Panorama atual, epidemiologia, opções terapêuticas e perspectivas futuras. *Revista CEFAC*, 10 (2).
- Scalzo, P. (2010). Qualidade de vida em pacientes com Acidente Vascular Cerebral: Clínica de fisioterapia Puc Minas Betim. *Revista Neurociência*, 18(2), 139-144.
- Schindler A., Vincon E., Grosso E., Miletto A, Rosa R., Schindler O. (2008) Rehabilitative Management of Oropharyngeal Dysphagia in Acute Care Settings: Data from a Large Italian Teaching Hospital. *Dysphagia*, 23, 230-236. **DOI:** 10.1007/s00455-007-9121-4
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) (2010). Management of patients with stroke: identification and management of dysphagia. A national clinical guideline. Edinburgh: Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Disponível em: <http://sign.ac.uk/guidelines/published/index.html>
- Serra-Prat M., Hinojosa G., López D., Juan M., Fabr e E., Voss D.S, Calvo M., ..., Clav e P. (2011). Prevalence of oropharyngeal dysphagia and impaired safety and efficacy of swallow in independently living older persons. *J Am Geriatr Soc*, 59(1), 186-7. **DOI:** 10.1111/j.1532-5415.2010.03227.x
- Serra-Prat M., Palomera M., Gomez C., Sar-Shalom D., Saiz A., Montoya J., Navajas M, Palomera E, Clave P. (2012) Oropharyngeal dysphagia as a risk factor for malnutrition and lower respiratory tract infection in independently living older persons: a population-based prospective study. *Age and Ageing*, 41(3), 376-81. **DOI:** 10.1093/ageing/afs006.
- Silva R. (2007) A efic cia da reabilita o em disfagia orofaríngea. *Pr -Fono Revista de Atualiza o Cient fica*, 19 (1), 123-130. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-56872007000100014>

- Silva, R., Gatto, A., & Cola, P. (2003). Disfagia Orofaringea Neurogénica em Adultos – Avaliação Fonoaudiológica em Leito Hospitalar. In Jacobi J, Levy D & Silva L. *Disfagia – Avaliação e tratamento*. (pp.180-196). Rio de Janeiro: Revinter.
- Skoretz S.A., Flowers H.L. & Martino R. (2010). The incidence of dysphagia following endotracheal intubation: a systematic review. *Chest*. 137(3):665-73. **DOI:** 10.1378/chest.09-1823.
- Smithard, D.G., O'Neill, P.A., England, R.E., Park, C.L., Wyatt, R., Martin D.F., Morris, J. (1997). The natural history of dysphagia following a stroke. *Dysphagia*. 12:188-193. **DOI:** 10.1007/PL00009535
- Speech Pathology Australia (2012). Dysphagia: Clinical Guideline. Australia: The Speech Pathology Association of Australia Ltd. Disponível em: <http://samanthaochse.files.wordpress.com/2013/08/dysphagia-guidelines.pdf>
- Stanhope, M. (1999). Teorias e Desenvolvimento Familiar. In Stanhope, M. & Lancaster, J. *Enfermagem Comunitária: Promoção de Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos*. (pp. 492-514). Lisboa: Lusociência.
- Steele, C. M., Bayley, M. T., Peladeau-Pigeon, M., Nagy, Y., Namasivayam, A. M., Stokely, S. L., & Wolkin, T. (2016). A randomized trial comparing two tongue-pressure resistance training protocols for post-stroke dysphagia. *Dysphagia*, 31(3), 452–461. **DOI:** 10.1007/s00455-016-9699-5
- Suhonen R., Välimäki M, Leino-Kilpi H. (2008). A review of outcomes of individualised nursing interventions on adult patients. *J Clin Nurs*.;17(7):843-60. **DOI:** 10.1111/j.1365-2702.2007.01979.x.
- Sura, L., Madhavan A., Carnaby G., Crary M. (2012). Dysphagia in the elderly: management and nutritional considerations. *Clin Interv Aging*, 7: 287–298. **DOI:** 10.2147/CIA.S23404
- Takahata, H., Tsutsumi, K., Baba, H., Nagata, I. & Yonekura, M. (2011). Early intervention to promote oral feeding in patients with intracerebral hemorrhage: a retrospective cohort study. *BMC Neurology*, 11 (6), 1-7.

- Threats, T.T. (2007). Use of the ICF in dysphagia management. *Seminars in Speech and Language*, 28(4), 323-333. **DOI:** 10.1055/s-2007-986529. ISSN 0734-0478.
- Tian H., Abouzaid S., Sabbagh M.N., Chen W., Gabriel S., Kahler K.H., Kim E. (2013) Health care utilization and costs among patients with AD with and without dysphagia. *Alzheimer Dis Assoc Disord*, 27(2),138-44. **DOI:** 10.1097/WAD.0b013e318258cd7d
- Troche, M.S., Mishra, A. (2017). Swallowing Exercises in Patients With Neurodegenerative Disease: What Is the Current Evidence? *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups*, 2(13),13-20. Disponível em: <https://doi.org/10.1044/persp2.SIG13.13>
- World Gastroenterology Organization (2014). Dysphagia Global Guidelines & Cascades. Disponível em <http://www.worldgastroenterology.org/UserFiles/file/guidelines/dysphagia-portuguese-2014.pdf>
- World Health Organization. (1998). Health Promotion Glossary. Geneva: WHO. Disponível em <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>
- Zaffari, R. T. (2013) Disfagia orofaríngea neurogénica-Orientações para cuidadores e familiares. In Jacobi, J.S., Levy, D.S. & Silva, L.M.C. *Disfagia: avaliação e tratamento*. (pp.197-208). Rio de Janeiro: Revinter.
- 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.

APÊNDICE I – Projeto



**ESCOLA SUPERIOR DE
ENFERMAGEM DE LISBOA**

**8º Curso de Mestrado na área de Especialização em Enfermagem
de Reabilitação**

Unidade Curricular: Opção II – Projeto

**INTERVENÇÃO DO EEER NA REEDUCAÇÃO DO CLIENTE
COM ALTERAÇÃO DA DEGLUTIÇÃO**

Sónia Alexandra Abrantes Loureiro

Lisboa,

julho de 2017

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

**8º Curso de Mestrado na área de Especialização em Enfermagem
de Reabilitação**

Unidade Curricular: Opção II – Projeto

**INTERVENÇÃO DO EEER NA REEDUCAÇÃO DO CLIENTE
COM ALTERAÇÃO DA DEGLUTIÇÃO**

Sónia Alexandra Abrantes Loureiro

Orientadora: Vanda Marques Pinto

Coorientador: Ricardo Braga

Lisboa,

julho de 2017

SIGLAS

AVC – Acidente Vascular Cerebral

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

ECCL – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

GUSS – Gugging Swallowing Screen

OE – Ordem dos Enfermeiros

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados

SIGN - Scottish Intercollegiate Guidelines Network

SNC – Sistema Nervoso Central

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

WGO – World Gastroenterology Organisation

ÍNDICE

1 IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO	7
2 SUMÁRIO	8
3 DESCRIÇÃO TÉCNICA	13
3.1 Fisiologia da deglutição normal	13
3.2 Anormalidade funcional no processo de deglutição	16
3.3 Intervenção do EEER.....	18
3.4 Quadro de referência teórico de enfermagem	21
4 DESCRIÇÃO DAS TAREFAS E RESULTADOS ESPERADOS	23
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	24
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	26
APÊNDICES.....	31
APÊNDICE 1 – INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS.....	32
APÊNDICE 2 – PLANEAMENTO DE ACTIVIDADES	35
APÊNDICE 3 - CRONOGRAMA.....	43
APÊNDICE 4 – GUIÃO DE ENTREVISTA	45
ANEXOS	52
ANEXO 1 – AVALIAÇÃO CLÍNICA DA DISFAGIA.....	53

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Causas mecânicas e obstrutivas da disfagia orofaríngea, de acordo com WGO, 2014.....	17
---	----

1 IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO

Título: Intervenção do EEER na reeducação do cliente com alteração da deglutição.

Palavra-chave: Disfagia, avaliação da deglutição, reabilitação, enfermeiro especialista.

Data do início: abril de 2017.

Duração: dez meses.

Instituições envolvidas: Unidade de Cuidados na Comunidade [REDACTED]; Serviço de Medicina do [REDACTED] (justificação da pertinência das instituições descrita no Apêndice 1).

2 SUMÁRIO

Este documento pretende responder ao proposto no plano de estudos do curso de Mestrado e Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, mais especificamente na Unidade Curricular Opção II – Projeto. Procura-se, assim, a descrição, análise e problematização de uma área com relevância para a especialização em questão, bem como a explicitação dos objetivos e competências a adquirir tanto na área comum como na específica ao enfermeiro especialista, e apresentá-los de forma sistematizada, com todo o processo de intervenção em saúde que se pretende realizar.

Constituindo uma preocupação profissional anterior e convergindo com necessidades detetadas durante a prestação de cuidados na prática clínica, surge a necessidade profissional e a motivação intrínseca pela procura contínua da melhoria da qualidade dos cuidados prestados aos indivíduos. Pretende-se, por isso, aprofundar conhecimentos para a intervenção especializada, no cliente com deglutição comprometida (disfagia).

Enquanto enfermeira, desenvolvo a minha atividade profissional num serviço cirúrgico, especializado em cirurgias de cabeça e pescoço, onde são efetuadas intervenções que alteram as estruturas anatómicas diretamente envolvidas no processo fisiológico da deglutição. Para além disso, durante a minha prática diária de cuidados de enfermagem, é frequente surgirem clientes que apresentam alterações no processo de deglutição e grande parte destes têm alta para o domicílio, sendo fundamental a sua reabilitação, por forma a assegurar um equilíbrio nutricional adequado. As pneumonias de aspiração, a desnutrição e a desidratação são realidades frequentes nos contextos de trabalho, em clientes com patologias de base de diversas naturezas.

O processo de deglutição é um ato complexo e essencial à sobrevivência do ser humano. Permite o transporte dos alimentos da cavidade oral ao estômago, contribuindo para que o sistema respiratório fique isento de resíduos. Voluntaria e involuntariamente, o indivíduo está constantemente a deglutir através de um processo que envolve o sistema neuromuscular. Para que a deglutição se processe de forma segura é necessária uma coordenação precisa, principalmente entre a fase oral e a

faríngea (Marchesan, 2003). O comprometimento deste processo pode ocorrer pelo inadequado funcionamento das estruturas envolvidas, dando origem à disfagia, que pode surgir com vários graus de severidade (Marchesan, 2003). A disfagia é considerada um distúrbio incapacitante para o indivíduo do ponto de vista funcional da deglutição, bem como do ponto de vista emocional, porque frequentemente está associada a estados de depressão, e social, interferindo na sua relação interpessoal de convívio e lazer, bem como de prazer com a alimentação, tendo impacto na qualidade de vida do cliente (Ekberg et al., 2002; Farri, Accornero e Burdese, 2007; Holland et al. 2011).

As conseqüências clínicas da disfagia estão diretamente relacionadas com o prognóstico geral do cliente, e podem incluir a pneumonia aspirativa, a desnutrição e a desidratação. Na presença de deglutição comprometida, a mortalidade aumenta bem como a taxa de complicações que lhe estão associadas (Altman, Yu e Schaefer, 2010). Também Serra-Prat et al. (2012), ao avaliar o efeito da disfagia, especificamente na desnutrição e/ou infecções respiratórias baixas nos indivíduos idosos, conclui que esta contribui para a desnutrição, para a deterioração da capacidade funcional e debilidade muscular que, por sua vez, pode favorecer a disfagia, causando um círculo vicioso e sugere que a disfagia pode ser um dos fatores de iniciação / desencadeamento do processo de fragilidade.

Apraz, ainda, acrescentar que, para além do impacto no indivíduo a nível biopsicossocial, a disfagia contribui para o aumento dos encargos económicos quer na área da saúde quer para o cliente/família, pela necessidade de aumento dos recursos de saúde e assistência. Bonilha et al. (2014) demonstrou que a disfagia relacionada com o AVC aumenta as despesas médicas após o AVC em quase 25%. Nos indivíduos com doença de Parkinson, a presença de disfagia levou ao aumento dos custos na saúde de mais de 10% (Makaroff et al., 2011). Bem acima de ambos esses números, a disfagia na doença de Alzheimer tem sido associada a um aumento de 40% no total de despesas de saúde (Tian et al., 2013). As razões para esses aumentos de custos impulsionados pela deglutição alterada são, provavelmente, multifatoriais. Podem estar relacionados com o aumento do tempo de internamento, pela maior recorrência ao serviço de urgência, bem como pela existência de uma

maior proporção de clientes que são encaminhados para centros de reabilitação e lares (Bonilha et al., 2014).

O impacto da disfagia nos clientes é considerável e esta deve ser vista como uma questão de séria preocupação, sendo considerada por Santoro (2008), um problema de saúde pública. A verdadeira prevalência da disfagia é difícil de determinar, no entanto, os estudos indicam que nos indivíduos idosos que residem na comunidade, a disfagia tem sido descrita em cerca de 10-27% (Kawashima et al., 2004; Holland et al., 2011; Serra-Prat et al., 2011). Numa unidade geriátrica aguda foi diagnosticada em 47,5% (Cabre et al., 2014), e em 51% nos idosos institucionalizados em unidades de longa duração (Lin et al., 2002). A disfagia torna-se mais comum em indivíduos idosos, uma vez que a maioria das patologias que lhe dá origem estão associadas a idades mais avançadas, como é o caso das neurológicas e / ou neurodegenerativas. A disfagia resultante do AVC ocorre entre os 64 -78% na fase aguda, com uma prevalência de 40-81% na fase crónica da doença. Nas doenças neurodegenerativas, tais como a demência (57-84%), doença de Parkinson (82%) e Alzheimer (57-84%), os valores de prevalência são igualmente elevados (Martino et al., 2005; Langmore et al., 2007; Kalf et al. 2012). A World Gastroenterology Organisation (WGO), 2008, acrescenta, ainda, os indivíduos submetidos a radioterapia por neoplasia de cabeça e pescoço com uma prevalência de disfagia de 60-75%.

Do ponto de vista individual, económico e epidemiológico, o impacto da disfagia é considerável e deve ser visto como uma questão de grande preocupação por todos os elementos envolvidos na equipa multidisciplinar e, neste caso específico, pelo EEER (enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação). Daí surge a necessidade do desenvolvimento de competências que permitam intervir a um nível de complexidade mais elevado.

Nesta ótica, o EEER deve possuir conhecimentos e competências que lhe permitam direcionar as suas intervenções de acordo com as necessidades, características e capacidades de cada indivíduo, tendo em conta a sua individualidade. Daí que a sua intervenção deva atender aos aspetos físicos, psicológicos, cognitivos, sociais e económicos de cada um. O seu foco de atenção visa a promoção e manutenção do bem-estar e da qualidade de vida, contribuindo para a

recuperação da funcionalidade e, sempre que possível, apelando à autonomia e autocuidado do indivíduo, além de prevenir complicações e maximizar as capacidades do mesmo (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2015a).

Nesta linha de pensamento, surge a necessidade de adoção de um modelo teórico que oriente e conduza a nossa prática de cuidados. A Teoria de Enfermagem do Défice de Autocuidado, de Dorothea Orem, descreve a enfermagem como uma profissão que satisfaz as necessidades de autocuidado dos indivíduos, para que estes prolonguem a vida e a saúde ou recuperem do seu estado de doença (Orem, 2001). A dependência do autocuidado assume-se como um foco primordial no processo de cuidados dos EEER, no sentido de capacitar o indivíduo no desempenho das atividades que constituem cada um dos domínios do autocuidado. A relação entre a Teoria do Défice de Autocuidado e a temática deste projeto será desenvolvida posteriormente, no sentido de se perceber a importância da ação do EEER no processo de recuperação do cliente com disfagia.

Agindo à luz desta teoria, pretende-se o desenvolvimento de competências específicas do EEER que permitam alcançar o objetivo da reabilitação, nomeadamente assegurar ao indivíduo incapacitado e/ou família, diferentes ações que permitam suprimir, atenuar ou ultrapassar os obstáculos geradores de desvantagem (Hesbeen, 2001). No caso específico deste projeto, e tendo em conta o regulamento de competências específicas do EEER da OE, perspetiva-se o desenvolvimento de competências autónomas do enfermeiro de reabilitação na deglutição (avaliação e reeducação funcional), no sentido de se efetuar um diagnóstico precoce de disfagia e, a partir daí, se poderem desenvolver ações preventivas de enfermagem de reabilitação, por forma a assegurar a manutenção dessa capacidade funcional, prevenindo as complicações, já referidas anteriormente, e evitando incapacidades. Assim, pretende-se proporcionar intervenções terapêuticas que visem melhorar esta função (deglutição) e manter ou recuperar a independência na atividade alimentar-se, de uma forma segura, minimizando o impacto desta incapacidade. De facto, Schindler et al. (2008), afirma que a reeducação na deglutição, numa fase aguda da doença, ajuda os clientes a alcançar uma alimentação independente e prevenir complicações respiratórias e nutricionais. Acrescenta, ainda, que a reabilitação da deglutição deve ser iniciada precocemente, porque ajuda no

cumprimento do plano de ensinos relacionados com a disfagia, em contexto de ambulatório, quando iniciado durante o período de hospitalização. Consciente deste facto, pretendo desenvolver competências nos cuidados de enfermagem de reabilitação ao cliente com deglutição comprometida, perspetivando atingir um conjunto de objetivos específicos que serão desenvolvidos num capítulo posterior.

Assim, redigido conforme o novo acordo ortográfico, este documento está estruturado em duas partes principais:

- Numa primeira parte é apresentada a justificação da problemática assente no enquadramento teórico e concetual, tendo por base a revisão da literatura efetuada;
- Numa segunda parte, são apresentados os objetivos gerais do projeto e as atividades e percurso curricular propostos, a serem desenvolvidos em ensino clínico, no 3º semestre deste curso.

Por fim, tecem-se algumas considerações finais, onde são explicitadas algumas dificuldades inerentes ao resultado da pesquisa bibliográfica efetuada para este projeto.

A pesquisa sobre a evidência científica existente nesta área, foi efetuada nas bases de dados eletrónicas MDLINE e CINHALL, segundo uma metodologia de revisão scooping, que teve por base, ainda, alguns artigos apresentados nas referências bibliográficas dos artigos selecionados. As palavras-chave utilizadas foram: *rehabilitation; swallowing therapy; deglutition disorders e avaliatio*n. Foram selecionados 11 artigos, sendo que apenas 3 foram utilizados na revisão da literatura, tendo sido selecionadas referências bibliográficas descritas pelos autores destes artigos. A restante pesquisa teve em conta livros científicos sobre o tema, artigos do google académico e sites de organizações internacionais.

3 DESCRIÇÃO TÉCNICA

No seguimento do que foi referido anteriormente e para uma melhor compreensão e enquadramento da problemática que se pretende desenvolver, efetuou-se uma pesquisa aprofundada sobre o estado de arte, procurando encontrar resultados sobre a evidência científica existente nesta área. O objetivo será perceber o processo normal da deglutição e quais os aspetos bio fisiológicos envolvidos, que, quando alterados, poderão causar distúrbios com repercussões acentuadas numa dimensão holística do ser humano. Além disso, pretende-se perceber de que forma pode o EEER intervir para reduzir complicações e contribuir para uma alimentação segura e eficiente.

3.1 Fisiologia da deglutição normal

A deglutição é um processo que envolve o controlo motor e sensitivo a partir de estruturas localizadas dentro da cavidade oral, faringe e esófago. Deglutir implica que sejam transportadas as substâncias da cavidade oral ao estômago, sem que haja a entrada de conteúdo nas vias aéreas, sendo, para isso, necessária a coordenação precisa de todas as estruturas envolvidas, principalmente da fase oral e faríngea. Os nervos cranianos mais diretamente envolvidos neste processo são o trigémeo (V), o facial (VII), o glossofaríngeo (IX), o vago (X), e o grande hipoglosso (XII) (Marchsesan, 2003; Michalakis, Jackson e Catalano, 2006). As fases da deglutição são divididas em três ou quatro, consoante o autor. Quando dividida em quatro fases, considera-se que a primeira fase é a oral preparatória. Assim, a deglutição normal divide-se em fase oral preparatória, fase oral, fase faríngea e fase esofágica (Marchsesan, 2003; Michalakis, Jackson e Catalano, 2006; Matsuo e Palmar, 2008).

A fase oral preparatória constitui um mecanismo voluntário motor, no qual o alimento é colocado na boca, mastigado e envolvido com a saliva. Durante toda a mastigação, a vedação labial será mantida para que a comida não saia da boca. O tipo de dentição e oclusão influenciará grandemente esta fase. Esta requer ainda uma boa coordenação entre a tensão da musculatura labial e bucal, movimentos rotatórios da mandíbula, movimentos laterais da língua e abaulamento do palato mole para a frente, vedando a cavidade oral posteriormente. As divisões média e inferior do nervo

trigêmeo fornecem a sensibilidade sensitiva para o posicionamento do bolo alimentar. A saliva assume um papel muito importante nesta fase, uma vez que a sua ausência, diminuição ou aumento irá interferir na formação do bolo (Marchsesan, 2003; Michalakis, Jackson e Catalano, 2006; Matsuo e Palmar, 2008).

A fase oral da deglutição é iniciada quando a língua comprime de forma sequencial o bolo alimentar posteriormente contra o palato duro, começando a propulsão para dentro da orofaringe. Os lábios e músculos da cavidade oral contraem-se com elevação do palato, fornecendo um processo valvular que gera pressão para que a nasofaringe vede, evitando o refluxo e a regurgitação nasal (Marchsesan, 2003). O trigêmeo (V) é o responsável pela retroalimentação aferente (sensitiva) para toda a cavidade oral e língua. A condução do bolo alimentar na fase oral é, primariamente, efetuada pela língua e não requer gravidade. O palato mole é fundamental para a contenção do bolo dentro da cavidade oral, durante a fase preparatória oral, movendo-se posteriormente, permitindo que o bolo passe através dos arcos das fauces e evitando, simultaneamente, que este penetre na nasofaringe (Michalakis, Jackson e Catalano, 2006). Os músculos que participam neste momento são os responsáveis pela elevação do palato, o tensor do véu e o palatofaríngeo (Marchsesan, 2003). Desta forma, o bolo vai-se acumular na língua (paste posterior) e na valécula, mantendo-se o processo de mastigação até que a comida permaneça na cavidade oral, aumentando gradualmente o bolo na orofaringe. A fase oral dura menos de um segundo (Matsuo e Palmer, 2008).

O paladar, nos dois terços anteriores da língua, é conduzido pelo nervo facial (VII), enquanto o terço posterior da língua e parede faríngea posterior são controlados pelo nervo glossofaríngeo (IX) (Marchsesan, 2003; Michalakis, Jackson e Catalano, 2006).

A fase faríngea inicia-se com a passagem do bolo alimentar da faringe para o esófago, desencadeando-se o reflexo de deglutição, que permite que este prossiga para a via digestiva. É uma atividade sequencial rápida, que ocorre dentro de um segundo. Esta fase apresenta duas características biológicas fundamentais: a passagem do alimento, impelindo o bolo alimentar através da faringe até ao esófago; e a proteção das vias aéreas, isolando a laringe e traqueia da faringe, durante a passagem de alimentos, evitando que estes entrem na via aérea (Marchsesan, 2003;

Matsuo e Palmer, 2008). Durante a fase faríngea, o palato mole eleva-se conjuntamente com as paredes laterais e posterior da faringe, levando ao encerramento da nasofaringe, impedindo a regurgitação nasal de alimentos. O osso hioide e a laringe são elevados e puxados para a frente e as cordas vocais encerram-se (Matsuo e Palmer, 2008). A língua é a principal força de impulsão do bolo através da faringe. As ações sinérgicas com nervo vago (X) produzem peristalse faríngea, uma vez que ele inerva os constritores da faringe e transporta aferentes da faringe inferior (Marchsesan, 2003).

Assim, a existência de uma ineficiente proteção da via aérea e o retardamento no início da deglutição faríngea podem causar aspiração. No caso de a deglutição ser ineficiente, levando à aspiração, é necessário que se desencadeie uma tosse reflexa, como mecanismo de defesa da via respiratória. Caso não seja desencadeada a tosse reflexa como resposta à presença de um corpo estranho nas vias aérea, ocorre uma aspiração silenciosa (Michalakis, Jackson e Catalano, 2006).

A fase esofágica ocorre com a passagem do bolo através do esfíncter cricofaríngeo, movendo-se sobre a via aérea, que se encontra encerrada e passando o segmento faringoesofágico para dentro do esófago, através do esfíncter cricofaríngeo. O nervo vago (X) medeia a ação do cricofaríngeo, que, ao relaxar, permite que o alimento passe da hipofaringe para o esófago. A elevação e o movimento anterior da laringe constituem a força mecânica significativa, que contribui para a abertura do esfíncter cricofaríngeo, que, em conjunto com o relaxamento do músculo cricofaríngeo, abre o segmento faringoesofágico, permitindo a passagem do bolo para o esófago (Michalakis, Jackson e Catalano, 2006). O esfíncter mantém-se fechado nos períodos de repouso e aberto durante a deglutição, vômito ou saída de ar. Assim, as funções do esfíncter cricofaríngeo, também designado por esfíncter esofágico superior, incluem a prevenção da distensão esofágica durante a respiração normal e a proteção da via aérea contra a aspiração durante um episódio de refluxo gastroesofágico. Na fase esofágica, a gravidade auxilia o peristaltismo em posição vertical (Marchsesan, 2003; Matsuo e Palmer, 2008).

3.2 Anormalidade funcional no processo de deglutição

Após a descrição do mecanismo correspondente ao processo de deglutição, facilmente se percebe que uma alteração no funcionamento normal das estruturas envolvidas neste processo causa disfagia. A disfagia é uma condição que envolve uma dificuldade percebida ou real na formação ou movimentação de uma substância, de forma segura, da cavidade oral para o esófago e estômago (Baijens et al., 2016) e pode estar relacionada com alterações funcionais ou estruturais (congenitas ou adquiridas) da cavidade oral, faringe, laringe, esófago ou esfíncter esofágico (Matsuo e Palmer, 2008). De salientar que é importante diferenciar a disfagia dos distúrbios alimentares e desequilíbrios associados aos hábitos alimentares normais, em indivíduos que apresentem estados nutricionais deficientes.

A deficiência na proteção da via aérea, durante a deglutição, tem como consequência a aspiração, e pode ocorrer devido à elevação reduzida da laringe e osso hioide, a uma inclinação deficiente da epiglote, ao encerramento incompleto do vestíbulo laríngeo, ou ao inadequado encerramento das cordas vocais devido à paralisia ou hipotonicidade muscular (disfagia orofaríngea) (Matsuo e Palmer, 2008). Pode também ocorrer devido a alterações a nível dos mecanismos protetores do organismo, contra o refluxo do conteúdo gástrico para a faringe e a laringe; no entanto, a disfagia orofaríngea é o tipo de disfagia que será abordada neste trabalho, pelo facto de ser a que requer intervenção do EEER.

Assim, a aspiração constitui umas das preocupações primordiais, aquando da abordagem de um indivíduo com disfagia e, caso ocorra antes do ato de deglutir, pode surgir devido à entrada prematura de substâncias para a faringe e/ou devido a uma contenção deficiente do bolo na cavidade oral. Quando surge após a deglutição, é habitualmente devido à presença de resíduos alimentares na faringe após a deglutição (Matsuo e Palmer, 2008). Quando os mecanismos protetores das vias aéreas se encontram comprometidos, implica que haja uma resposta do indivíduo à aspiração que pode apresentar-se, mais frequentemente, como a dificuldade em iniciar a deglutição, uma forte tosse reflexa, pigarrear após deglutir, voz nasalada ou rouca, regurgitação nasal e dispneia (Matsuo e Palmer, 2008; WGO, 2014; Baijens et al., 2016).

A disfagia pode resultar de múltiplas causas, nomeadamente infeções virais, bacterianas ou fúngicas das vias aéreas superiores, ou até medicamentos que causem xerostomia ou letargia, afetando a formação do bolo alimentar (Michalakis, Jackson e Catalano, 2006). Frequentemente, a deglutição, pode, ainda, estar comprometida em indivíduos que apresentem distúrbios do SNC incluindo AVC, doença de Parkinson e distúrbios bulbares, como a esclerose múltipla, a doença do neurónio motor, a siringobulbia ou os tumores meníngeos ou pontomedulares primários. Da mesma forma, os distúrbios periféricos que incluem lesões dos nervos periféricos (na síndrome de Guillain- Barré), disfunções da junção neuromuscular (especialmente a miastenia gravis) e miopatias, podem igualmente comprometer esta função (Michalakis, Jackson e Catalano, 2006). Outros autores acrescentam como população em risco os prematuros, os idosos (devido às co- morbilidades associadas ao envelhecimento), os indivíduos com neoplasia de cabeça e pescoço, indivíduos submetidos a radioterapia e indivíduos com doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) (Santoro, 2008; Serra-Prat et al. 2012; Clayton, Carnaby, Peters e Ing, 2014; Dziejewas et al., 2016).

A WGO (2014) descreve um conjunto de patologias que podem estar associados à alteração da deglutição, que se apresentam na tabela em baixo.

Tabela 1 - Causas mecânicas e de motilidade neuromuscular da disfagia orofaríngea, de acordo com WGO (2014).

Causas mecânicas e obstrutivas:	Distúrbios neuromusculares:
<p>Infeções</p> <p>Tiromegalia</p> <p>Linfadenopatia Diverticulo de Zenker</p> <p>Redução na complacência muscular</p> <p>Esofagite eosinófila</p> <p>Neoplasias de cabeça e pescoço</p> <p>Osteófitos cervicais</p> <p>Neoplasias e malignidades orofaríngeas</p>	<p>Doenças do SNC (AVC, doença de Parkinson, esclerose lateral amiotrófica, e outras).</p> <p>Distúrbios contrateis como miastenia grave, distrofia muscular, e outras.</p>

As complicações da disfagia são graves e têm um grande impacto na saúde, estado nutricional, funcionalidade, morbimortalidade e qualidade de vida dos indivíduos. O déficit na eficácia da deglutição ou a ingestão ineficiente de nutrientes e líquidos leva a malnutrição e/ou desidratação. A existência de uma deglutição não segura, com aspiração de substâncias causa infecções respiratórias, urinárias e readmissões hospitalares. Todas estas complicações levam à fragilidade e à institucionalização, aumentando a morbimortalidade nestes indivíduos (Baijens et al., 2016).

3.3 Intervenção do EEER

Existem meios complementares de diagnóstico que constituem a avaliação invasiva da disfagia e, segundo a WGO (2008), a videofluroscopia e a videoendoscopia são os estudos de maior relevância para a avaliação da deglutição; contudo, estes exames implicam maiores custos e são de baixa acessibilidade. A avaliação não-invasiva deve ser utilizada pelo EEER, sendo considerada de elevada sensibilidade e especificidade (Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), 2010).

A deteção e avaliação precoce dos indivíduos que pertencem aos grupos de risco é fundamental, particularmente naqueles com alto risco associado às comorbidades. A reabilitação dos indivíduos com disfagia tem por objetivo a obtenção de uma deglutição segura e eficiente (Silva, 2007), garantindo a capacidade de manter o suporte nutricional e qualidade de vida. Assim, destaca-se a importância da intervenção do EEER, cuja finalidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação, se caracteriza por tomar por foco de atenção a promoção dos projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue, e procurar, ao longo do ciclo vital, prevenir a doença e promover os processos de readaptação, a satisfação das necessidades humanas básicas fundamentais e a máxima independência na realização das atividades de vida, bem como, a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos fatores, frequentemente através de processos de aprendizagem do cliente (OE, 2010b).

Em colaboração com a equipa multidisciplinar, o EEER tem como função a identificação, avaliação e reeducação funcional do cliente com deglutição comprometida, para além dos vários domínios de atuação. Assim, o EEER tem por

base a elaboração e implementação de um programa de reabilitação, partindo de uma avaliação do foco “deglutição”, constituindo uma ação com repercussões para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. Esta avaliação deve incluir aspectos biopsicossociais do indivíduo, incluindo o exame físico com avaliação dos pares cranianos e integridade da cavidade oral, e a deglutição propriamente dita, com recurso a instrumentos de avaliação. O estado de consciência e compreensão oral do cliente são fundamentais para a colheita de dados na avaliação e para uma boa evolução no programa de reabilitação (Michalakis, Jackson e Catalano, 2006). Com base na avaliação, as estratégias de deglutição podem ser implementadas ou ser identificada a necessidade de exames objetivos.

Assim, o EEER deve ter em conta, durante a avaliação clínica da disfagia, as oito fases que a caracterizam, de acordo com a Speech Pathology Australia (SPA), 2012. Estas fases encontram-se descritas no Anexo 1.

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 (O’Rourke et al., 2014; Zheng, Li e Liu, 2014; Johnson, Herring e Daniels, 2014).

As estratégias compensatórias, quando indicadas, têm um benefício imediato na deglutição funcional com recurso a intervenções que permitem que os clientes se alimentem de forma segura. Em contrapartida, as estratégias de reeducação funcional da deglutição têm um benefício a longo prazo, contribuindo para melhorar as alterações da deglutição (Johnson et al., 2014; Zheng et al., 2014).

Muitas das técnicas utilizadas só adquirem eficácia quando utilizadas conjuntamente com outras. As manobras posturais da cabeça facilitam o trânsito orofaríngeo e podem provocar eficácia ao serem capazes de minimizar a aspiração. A eficácia da reabilitação irá depender de indicadores clínicos, nutricionais e funcionais (Silva, 2007).

Num estudo do tipo experimental realizado por Kang et al., (2012), foi implementado um programa de exercícios que decorriam durante uma hora por dia durante dois meses. Foram efetuados exercícios orais, ao nível da faringe e laringe, para além dos exercícios respiratórios. Para além dos aspetos relacionados com a

avaliação da deglutição, foi ainda avaliado o humor e a qualidade de vida antes do tratamento e ao fim dos dois meses do programa de reabilitação. De facto, o autor conclui que o grupo experimental apresentou uma melhoria significativa na fase oral da deglutição. Além disso, estes indivíduos também apresentaram um humor menos deprimido e melhor qualidade de vida quando comparados com o grupo de controlo. Outro estudo foi efetuado por Takahata et al. (2011), no sentido de perceber os benefícios de uma intervenção precoce aos indivíduos com alteração de deglutição após AVC. Aplicaram medidas de higiene oral e intervenções diretas, nomeadamente mudanças posturais e alteração da consistência da dieta, e concluíram que a proporção de indivíduos que poderia tolerar alimentação por via oral era significativamente maior no grupo de intervenção precoce em comparação com o grupo de controlo (86,8% versus 67,8%). Além disso, a incidência de infeção respiratória foi menor no grupo de intervenção precoce quando comparado com o grupo de controlo.

Muitas são as técnicas de intervenção utilizadas para o tratamento da disfagia, no entanto, algumas abordagens compensatórias e exercícios têm maior evidência na sua eficácia quando comparadas com outras. Os procedimentos com maior eficácia encontrados na evidência científica são: manipulação de consistência e volume do alimento; manobras posturais da cabeça; estimulação sensório-motora oral; estimulação térmica fria (isoladamente não garante eficácia); deglutições múltiplas (isoladamente não é eficaz); manobra de Mendelsohn; manobra de Masako e deglutição forçada (intensifica a propulsão oral) (Silva, 2007).

Efetivamente, os enfermeiros são os profissionais de saúde que permanecem 24h junto dos clientes, e, por isso, deverão estar alertados para os sinais e sintomas da disfagia. As suas funções implicam uma intervenção direta no autocuidado alimentar-se, nos seus diferentes níveis e, neste caso específico, relacionadas com as alterações da deglutição. Desta forma, devem estar cientes das complicações inerentes a este processo e identificar os indivíduos em risco para que possam ser acionadas, precocemente, medidas compensatórias e de reabilitação, com ensino ao cliente e família/cuidador informal, perspetivando-se a melhoria dos cuidados prestados.

Nesta linha de pensamento, e tendo em conta que as teorias de enfermagem refletem uma interação conceptual de ideias que justificam a interação do enfermeiro-cliente nos diferentes contextos da prática, surge a necessidade de adoção de um modelo teórico que oriente e conduza a nossa prática de cuidados, durante o percurso em ensino clínico.

3.4 Quadro de referência teórico de enfermagem

A Teoria de Enfermagem do Défice de Autocuidado, de Dorothea Orem, engloba três teorias que se encontram inter-relacionadas (Teoria do Autocuidado, Teoria do Défice de Autocuidado e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem), e corresponde a uma tradução conceptual do autocuidado. Esta teoria descreve a enfermagem como uma profissão que satisfaz as necessidades de autocuidado dos indivíduos, para que estes prolonguem a vida e a saúde ou recuperem do seu estado de doença (Orem, 2001). Para, Orem (2001, p.45) o autocuidado é definido como uma "função humana reguladora". A sua finalidade é manter a saúde e a vida, prolongar o desenvolvimento pessoal e conservar o bem-estar. A autora considera existirem três requisitos de autocuidado: universal, de desenvolvimento e desvio de saúde, que promovem as condições necessárias para manter a vida e conservar o estado de bem-estar. Todo o ser humano possui condições ou requisitos de autocuidado, durante as etapas do ciclo vital. A dependência do autocuidado assume-se como um foco primordial no processo de cuidados dos EEER, no sentido de capacitar o indivíduo no desempenho das atividades que constituem cada um dos domínios do autocuidado.

Utilizando os conceitos defendidos pela autora, quando estamos perante um cliente com disfagia, significa que pode existir uma alteração em dois dos requisitos universais de autocuidado, tornando-se a pessoa incapaz de manter uma ingestão suficiente de água e alimentos. As consequências para o cliente acabam por se repercutir a vários níveis, uma vez que estes requisitos estão interrelacionados, pois cada um afeta os outros. Nas situações em que as exigências do autocuidado alimentar-se (devido a disfagia) superam a capacidade do cliente para a realizar, é necessário oferecer suporte, e é nesta fase que o EEER deve intervir. A autora acrescenta, ainda, a ideia de que as dificuldades na ação do autocuidado podem estar

relacionadas com alterações a nível do domínio cognitivo, físico, comportamental ou psicossocial.

O défice do autocuidado surge, então, quando as necessidades são superiores à capacidade da pessoa para a ação do autocuidado. Desta forma o EEER deve orientar os cuidados e adequar os métodos de auxílio e de compensação ao tipo de necessidade do cliente. Como fio condutor para a prática de cuidados, a autora identifica cinco métodos de ajuda: agir ou fazer pela pessoa; guiar e orientar; proporcionar apoio físico e psicológico; proporcionar e manter um ambiente de apoio ao desenvolvimento pessoal e ensinar (Orem, 2001).

Desta forma, perante a avaliação da deglutição, o EEER, tendo em conta as necessidades identificadas, deve desenvolver um plano de intervenção, adotando medidas totalmente compensatórias, parcialmente compensatórias e de apoio-educação.

Em suma, no que se refere ao domínio do autocuidado relativo à temática desenvolvida no projeto em questão, e tendo em conta esta teoria, perante o grau de severidade de disfagia identificado, que conseqüentemente interfere no autocuidado, alimentar-se, o EEER deve compensar esta necessidade, através de um sistema de ações de enfermagem bem fundamentadas. Para o efeito, deve ter em conta os projetos de saúde que cada pessoa vive, por forma a reduzir as necessidades de autocuidado, aumentando, assim, a capacidade do indivíduo/família para a gestão do seu processo de saúde.

A família deve estar envolvida em todo o processo de recuperação, a fim de poder dar seguimento à reabilitação após a alta. Para isso, será necessário orientar, estimular e promover o indivíduo/família como agente de autocuidado. É importante saber quais são as expectativas familiares, medos, receios e dúvidas a respeito do quadro de disfagia e, desta forma, elaborar o programa de reabilitação com o envolvimento de todos.

Considera-se que a Teoria Geral de Enfermagem de Deficit de Autocuidado irá contribuir para a clarificação da intervenção do EEER, tendo em conta as necessidades de autocuidado identificadas no cliente. Assim, os cuidados de reabilitação serão planeados tendo em conta a temática do projeto, para além das intervenções de reabilitação a nível motor, respiratório, eliminação e sexualidade.

4 DESCRIÇÃO DAS TAREFAS E RESULTADOS ESPERADOS

No seguimento do que foi referido anteriormente, surge o projeto de estágio que tem por objetivo geral:

- Desenvolver competências nos cuidados de enfermagem de reabilitação ao cliente com deglutição comprometida (Apêndice 3);

Como objetivos específicos, são elencados os seguintes:

1. Adquirir competências de enfermagem de reabilitação, na avaliação do cliente com deglutição comprometida;
2. Compreender a intervenção do EEER enquadrada no seio da equipa multidisciplinar;
3. Adquirir competências de enfermagem de reabilitação, na reeducação do cliente com deglutição comprometida;
4. Identificar a intervenção do EEER na continuidade dos cuidados, após a alta hospitalar;
5. Aprofundar os cuidados de enfermagem de reabilitação na prevenção de complicações relacionadas com a saúde do cliente com deglutição comprometida.

Apesar de este projeto estar direcionado para a avaliação e reabilitação do cliente com disfagia, perspetiva-se, ainda, como objetivo complementar «Desenvolver competências do EEER na abordagem ao cliente com alterações a nível motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da eliminação e da sexualidade». Desta forma, pretendo complementar a minha formação, enquanto EEER, indo ao encontro das competências preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros para o enfermeiro especialista.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As alterações da deglutição são um fenómeno altamente prevalente nas instituições de saúde e na comunidade e atingem essencialmente os indivíduos idosos, após o AVC, com doença de Parkinson ou Alzheimer, assim como os clientes submetidos a radioterapia por neoplasia de cabeça e pescoço. A disfagia é considerada por alguns autores como um problema de saúde pública e tem repercussões ao nível biopsicossocial, levando ao aumento dos encargos económicos ao nível da saúde. Esta patologia, embora surja como uma patologia secundária associada a outras complicações de saúde, deve ser diagnosticada precocemente para garantir uma deglutição segura e eficaz, melhorando a qualidade de vida do cliente.

O EEER assume um papel muito importante, no seio da equipa multidisciplinar, uma vez que, sendo o grupo profissional que maior contacto tem com o cliente, pode efetuar um diagnóstico precoce prevenindo complicações.

As maiores dificuldades sentidas na redação deste projeto prendem-se com a dificuldade em aceder aos artigos de texto completo, essencialmente, sobre o tema da reabilitação em disfagia e a intervenção do enfermeiro especialista. De facto, existe uma escassa informação científica relativa à atuação do EEER no cliente com deglutição comprometida. A maioria dos artigos encontrados referem-se à avaliação da disfagia e a programas de reabilitação ao cliente com AVC. Existem muitas outras patologias que, estando altamente associadas à disfagia, são merecedoras de investimento na investigação científica.

De facto, de acordo com a revisão da literatura efetuada, constata-se uma maior valorização dos procedimentos de avaliação, em detrimento do processo de reabilitação e os artigos mais frequentemente encontrados referem-se a testes de eficiência de um determinado procedimento terapêutico em indivíduos com disfagia (desempenhado, maioritariamente, por outros profissionais de saúde).

Perante estes factos, é minha pretensão, em ensino clínico, poder desenvolver competências nos cuidados de enfermagem de reabilitação, em todas as vertentes de atuação e, particularmente, na área da deglutição comprometida, no sentido de poder

contribuir tanto para a valorização dos aspetos relacionados com a avaliação da deglutição como da reeducação e, desta forma, poder contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem.

A nutrição constitui um direito humano fundamental, e merece atenção por parte de toda a equipa multidisciplinar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almirall J., Rofes L., Serra-Prat M, et al.(2013) Oropharyngeal dysphagia is a risk factor for community-acquired pneumonia in the elderly. *Eur Respir J*.;41(4):923–928. **DOI:** 10.1183/09031936.00019012
- Altman KW, Yu G, & Schaefer SD. (2010). Consequence of dysphagia in the hospitalized patient: Impact on prognosis and hospital resources. *Archives of Otolaryngology–Head & Neck Surgery*; 136(8), 784–789. Acedido a 20-04-2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/archoto.2010.129>
- Baijens, L. W. J., Clavé, P., Cras, P., Ekberg, O., Forster, A., Gerald, F., & Leners, J. (2016). European Society for Swallowing Disorders – European Union Geriatric Medicine Society white paper : oropharyngeal dysphagia as a geriatric syndrome. *Clinical Interventions in Aging* ;11,1403–1428. Acedido a 30-04-2017. Disponível em: <https://www.dovepress.comby109.48.214.142>.
- Bonilha H. S., Simpson A.N., Ellis C, Mauldin P., Martin-Harris B, Simpson K. (2014).The one-year attributable cost of post-stroke dysphagia. *Dysphagia*, 29:545-52.
- Cabre M., Serra-Prat M., Force L.L., Almirall J., Palomera E., Clave P. (2014) Oropharyngeal dysphagia is a risk factor for readmission for pneumonia in the very elderly persons: observational prospective study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*.;69(3):330–337. **DOI:** 10.1093/gerona/glt099.
- Clayton N., Carnaby G., Peters M., Ing A. (2014). Impaired laryngopharyngeal sensitivity in patients with COPD: the association with swallow function. *Int J Speech Lang Pathol*; 16(6):615-23. **DOI:** 10.3109/17549507.2014.882987
- Dziewas R., Beck A. M., Clave P., Hamdy S., Heppner H. J., Langmore S.,..., Wirth R. (2017). Recognizing the Importance of Dysphagia: Stumbling Blocks and Stepping Stones in the Twenty-First Century. *Dysphagia*, 32, 78–82. **DOI:** 10.1007/s00455-016-9746-2
- Ekberg O, Hamdy S, Woisard V, Wuttge-Hanning A, Ortega P. (2002) Social and psychological burden of dysphagia: its impact on diagnosis and treatment. *Dysphagia*; 17:139-46.

- Farri, A., Accornero, A., & Burdese, C. (2007). Social importance of dysphagia: its impact on diagnosis and therapy. *Acta Otorhinolaryngologica Italica: Organo Ufficiale Della Società Italiana Di Otorinolaringologia E Chirurgia Cervico-Facciale*, 27(2), 83–86. Acedido 20-04-2017. Disponível em : <https://doi.org/10.1016/j.micinf.2011.07.011.Innate>
- Hesbeen W. (2001). *A Reabilitação: criar novos caminhos*. Loures: Lusociência
- Holland G., Jayasekeran V., Pendleton N., Horan M., Jones M., Hamdy S. (2011) Prevalence and symptom profiling of oropharyngeal dysphagia in a community dwelling of an elderly population: a self-reporting questionnaire survey. *Dis Esophagud*. 24(7):476-80. **DOI:** 10.1111/j.1442-2050.2011.01182.x.
- Johson D, Herring J., Daniels S. , (2014) Dysphagia Management in Stroke Rehabilitation. *Curr Phys Med Rehabil Rep*; 2:207–218. DOI 10.1007/s40141-014-0059-9
- Kalf J.G., de Swart B.J.M., Bloem B.R., Munneke M. (2012) Prevalence of oropharyngeal dysphagia in Parkinson's disease: a meta-analysis. *Parkinsonism Relat Disord.*;18(4):311–315. **DOI:** 10.1016/j.parkreldis.2011.11.006
- Kang, J., Park, R.Y., Lee, S.J., Kim, J.Y., Yoon, S.R. & Jung, K.I. (2012). The effect of bedside exercise program on stroke patients with dysphagia. *Annals of Rehabilitation Medicine*, 36, 512-520.
- Kawashima K., Motohashi Y. & Fujishima I. (2004) Prevalence of dysphagia among community-dwelling elderly individuals as estimated using a questionnaire for dysphagia screening. *Dysphagia.*;19(4): 266–271. **DOI:** 10.1007/s00455-004-0013-6
- Langmore S.E., Olney RK, Lomen-Hoerth C, Miller BL. (2007) Dysphagia in patients with frontotemporal lobar dementia. *Arch Neurol.*;64(1),58–62. Disponível em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=3a47ce96-42e3-481e-bd5e-a88a88a57a53%40sessionmgr4009&vid=14&hid=4101>
- Lin L.C., Wu S.C, Chen H.S., Wang T.G., Chen M.Y. (2002). Prevalence of impaired swallowing in institutionalized older people in Taiwan. *J Am Geriatr Soc*, 50 (6).
- Manuscript, A. (2009). NIH Public Access, 19(4), 691–707. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.pmr.2008.06.001.Anatomy>

- Marchesan I.(2003). O que considera normal na deglutição. In Jacobi J, Levy D, Silva L. Disfagia – Avaliação e tratamento. (pp.3-17). Rio de Janeiro: Revinter.1118–1123.
- Makaroff L., Gunn A., Gervasoni C., Richey F. (2011) Gastrointestinal disorders in Parkinson’s disease: prevalence and health outcomes in a US claims database. *J Parkinsons Dis.* 1(1):65-74. **DOI:** 10.3233/JPD-2011-001
- Martino R., Foley N., Bhogal S., Diamant N., Speechley M., Teasell R. (2005) Dysphagia after stroke – incidence, diagnosis, and pulmonary complications. *Stroke.*;36(12):2756–2763. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.parkreldis.2011.11.006>
- Matsuo K., & Palmer J. B. (2008). Anatomy and Physiology of Feeding and Swallowing – Normal and Abnormal. *Phys Med Rehabil Clin N Am*, 19 (4), 691–707. **DOI:**10.1016/j.pmr.2008.06.001
- Michalakis E; Jackson A; Catalano P. (2006) Nervos Craniano IX, Glossofaríngeo e Nervo Craniano X, Vago: Deglutição; In Royden J. (2006) *Neurologia de Netter*. Artmed: Porto Alegre.
- Ordem dos Enfermeiros (2010a) - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Acedido a 30/06/2017. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Paginas/RegulamentoCompetenciasComunsEspecificas.aspx>
- Ordem dos Enfermeiros (2010b) - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Acedido a 30/06/2017. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Paginas/RegulamentoCompetenciasComunsEspecificas.aspx>
- Ordem dos Enfermeiros (2015a). Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Porto: Ordem dos Enfermeiros.
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of Practice*. (6ª ed). St. Louis: Mosby.
- O’Rourke F., Vickers K., Upton C., Chan D. (2014) Swallowing and oropharyngeal dysphagia. *Clinical Medicine*;14 (2), 196-199. **DOI:** 10.7861/clinmedicine.14 196

- Santoro P.P. (2008). Disfagia orofaríngea: Panorama atual, epidemiologia, opções terapêuticas e perspectivas futuras. *Revista CEFAC*, 10 (2).
- Schindler A., Vincon E., Grosso E., Miletto A, Rosa R., Schindler O. (2008) Rehabilitative Management of Oropharyngeal Dysphagia in Acute Care Settings: Data from a Large Italian Teaching Hospital. *Dysphagia*; 23: 230-236. **DOI:** 10.1007/s00455-007-9121-4
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (2010). Management of patients with stroke: identification and management of dysphagia. A national clinical guideline. Edinburgh: Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Disponível em: <http://sign.ac.uk/guidelines/published/index.html>
- Serra-Prat M., Hinojosa G., López D., Juan M., Fabr e E., Voss D.S, Calvo M., ..., Clav e P. (2011). Prevalence of oropharyngeal dysphagia and impaired safety and efficacy of swallow in independently living older persons. *J Am Geriatr Soc*, 59
- Serra-Prat M., Palomera M., Gomez C., Sar-Shalom D., Saiz A., Montoya J., Navajas M, Palomera E, Clave P. (2012) Oropharyngeal dysphagia as a risk factor for malnutrition and lower respiratory tract infection in independently living older persons: a population-based prospective study. *Age and Ageing*. 41:376-381. DOI: 10.1093/ageing/afs006 (1):186-7. **DOI:** 10.1111/j.1532-5415.2010.03227.x.
- Silva R. (2007) A efic cia da reabilita o em disfagia orofaríngea. *Pr -Fono Revista de Atualiza o Cient fica*; 19 (1):123-130.
- Speech Pathology Australia (2012). Clinical Guideline: dysphagia. Acedido em 26-05-2017. Disponível em: <http://samanthaochse.files.wordpress.com/2013/08/dysphagia-guidelines.pdf>
- Takahata, H., Tsutsumi, K., Baba, H., Nagata, I. & Yonekura, M. (2011). Early intervention to promote oral feeding in patients with intracerebral hemorrhage: a retrospective cohort study. *BMC Neurology*, 11 (6), 1-7.
- Tian H., Abouzaid S., Sabbagh M.N., Chen W., Gabriel S., Kahler K.H., Kim E. (2013) Health care utilization and costs among patients with AD with and without dysphagia. *Alzheimer Dis Assoc Disord.*;27(2):138-44. **DOI:** 10.1097/WAD.0b013e318258cd7d

World Gastroenterology Organization (2014). Dysphagia Global Guidelines & Cascades. Acedido em 26-5-2017. Disponível em <http://www.worldgastroenterology.org/UserFiles/file/guidelines/dysphagia-portuguese-2014.pdf>

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.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS

O presente projeto será desenvolvido em duas instituições distintas. Numa primeira fase, de 25 de setembro a 24 de novembro, na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) [REDACTED] e, numa segunda fase, de 27 de novembro a 9 de fevereiro, no serviço de Medicina do [REDACTED] ([REDACTED]), perfazendo um total de 750h, distribuídas de forma equitativa.

A comunidade constitui um campo de estágio de caráter obrigatório que se revela uma mais-valia para o desenvolvimento do estudante enquanto EEER. Na comunidade é possível estabelecer uma relação de proximidade com as famílias, de forma a potenciar o ajustamento das suas idiossincrasias à nova realidade. Nesta perspetiva, o EEER confronta-se com os reais problemas dos clientes, identifica necessidades de intervenção social e de recursos, contribui para a readaptação funcional a um novo estado de saúde e ajusta o plano de intervenção terapêutico de uma forma mais personalizada, de acordo com o contexto familiar e socioeconómico. Esta atuação visa sempre a promoção da autonomia e da independência funcional do cliente, apelando ao *empowerment* do cliente/família, maximizando as suas capacidades.

A Unidade de Cuidados na Comunidade [REDACTED] (UCC) é uma Unidade Funcional do Aces [REDACTED], que assegura a prestação de cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário. Apoia especialmente as pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional, ou doença que requiera acompanhamento próximo, e atua, ainda, na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção. O Plano de Ação da UCC abrange, entre muitos outros projetos, a Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI). A equipa multidisciplinar da instituição é constituída pelos elementos seguintes: dez enfermeiros, sendo dois especialistas em saúde infantil, dois especialistas em saúde comunitária, um especialista em saúde materna, um especialista em reabilitação e cinco generalistas; dois fisioterapeutas; um nutricionista; um higienista oral e um assistente social. O EEER desempenha atividades autónomas, sendo gestor de caso no máximo de sete clientes, pertencentes à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). Os clientes com necessidades de intervenção na área da reabilitação são distribuídos entre o EEER e o fisioterapeuta.

Habitualmente, os clientes que sofreram intervenções do foro ortopédico ficam ao cuidado do fisioterapeuta. Os clientes que necessitam de cuidados de enfermagem gerais, para além dos cuidados de reabilitação, são atribuídos ao EEER e correspondem, maioritariamente, a indivíduos na fase crónica pós-AVC, em cuidados paliativos, com patologia respiratória e/ou doença degenerativa.

Durante o internamento hospitalar, numa fase aguda de doença, o enfermeiro é o profissional que permanece mais tempo junto do cliente e, conjuntamente com a equipa multidisciplinar, deve dar início a processos de reabilitação que contribuam para uma alta precoce, diminuindo os custos relacionados com a hospitalização, prevenindo complicações e habilitando o cliente/família para a sua readaptação funcional. Assim, favorece, desde logo, a melhoria da qualidade de vida do cliente/família e permite a referenciação e o acompanhamento por outros profissionais especializados, conseguindo dar uma melhor resposta às possíveis necessidades apresentadas pelos indivíduos.

O projeto terá continuidade no serviço de medicina [REDACTED], cuja escolha se prende com o facto de ser um local com uma incidência elevada de indivíduos idosos, clientes com AVC, na sua fase aguda, e outras doenças degenerativas em que a prevalência de disfagia é bastante elevada, conforme nos revela a revisão da literatura. Este serviço possui quatro enfermeiros especialistas de reabilitação com experiência comprovada na avaliação e reeducação funcional nos clientes com deglutição comprometida. O serviço tem, ainda, implementado um projeto de melhoria contínua da qualidade nesta área, inserido nos padrões de qualidade da ordem dos enfermeiros.

APÊNDICE 2 – PLANEAMENTO DE ACTIVIDADES

Domínio de competências	Objetivos específicos	Atividades	Local	Indicadores e critérios de avaliação
<p>DOMÍNIO DA MELHORIA DA QUALIDADE</p> <p>“B1.2 - Incorpora diretivas e conhecimentos na melhoria da qualidade na prática”;</p> <p>“B3.1 – Proporciona um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos e grupos”.</p> <p>CUIDA A PESSOA</p> <p>“J1.1 - Avaliar a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidade”;</p> <p>“J1.2 Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao auto-cuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade”;</p> <p>(Ordem dos enfermeiros, 2010)</p>	<p>1. Adquirir competências de enfermagem de reabilitação, na avaliação do cliente com deglutição comprometida;</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Revisão e pesquisa bibliográfica da evidência científica sobre: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> a avaliação da deglutição; <input type="checkbox"/> as patologias mais prevalentes associadas a alterações da deglutição; <input type="checkbox"/> Recolha de informação pertinente, através de entrevista ao cliente, consulta de processo clínico e de exames complementares de diagnóstico, que permita conhecer o cliente nas suas várias dimensões (biopsicossociais); <input type="checkbox"/> Treino da avaliação clínica da deglutição tendo em conta as oito fases que a caracterizam; <input type="checkbox"/> Avaliação do risco de alteração da deglutição com recurso a dados objetivos e mensuráveis (escala de Gugging Swallowing Screen (GUSS)). <input type="checkbox"/> Discussão com o cliente/família/cuidador informal, sobre as alterações da deglutição identificadas. 	<p>UCC</p> <p>SERVIÇO DE MEDICINA</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Mobiliza conhecimentos atualizados e adequados à atuação do EEER; <input type="checkbox"/> Avalia de forma rigorosa o risco de alteração da funcionalidade a nível da deglutição; <input type="checkbox"/> Avalia os aspetos biopsicossociais que interferem no processo adaptativo à nova condição de saúde/doença do cliente; <input type="checkbox"/> Identifica as necessidades de intervenção para reeducar a função ao nível da deglutição;

Domínio de competências	Objetivos específicos	Atividades	Local	Indicadores e critérios de avaliação
<p>MELHORIA DA QUALIDADE</p> <p>“B1.2 - Incorpora diretivas e conhecimentos na melhoria da qualidade na prática”.</p> <p>GESTÃO DOS CUIDADOS</p> <p>“C1.1 - Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão.”</p>	<p>2. Compreender a intervenção do EEER enquadrada no seio da equipa multidisciplinar.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Revisão e pesquisa bibliográfica sobre os meios complementares de diagnóstico existentes para avaliar o processo de deglutição; <input type="checkbox"/> Pesquisa sobre o contributo da intervenção dos diferentes profissionais de saúde no programa de reabilitação do cliente; <input type="checkbox"/> Integração progressiva na equipa de enfermagem e multidisciplinar. <input type="checkbox"/> Observação da dinâmica funcional da equipa multidisciplinar, mais concretamente a sua articulação com o EEER; <input type="checkbox"/> Reflexão acerca do contributo da intervenção do EEER e da importância da sua articulação com a equipa multidisciplinar, no processo de reabilitação do cliente; 	<p>UCC</p> <p>SERVIÇO DE MEDICINA</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Integra-se na equipa multidisciplinar; <input type="checkbox"/> Colabora nas decisões da equipa multidisciplinar, tendo por base a perfectiva pessoal do cliente; <input type="checkbox"/> Intervém complementando informação necessária para o processo de cuidados e diagnósticos; <input type="checkbox"/> Reconhece quando existe a necessidade de referenciar para outros elementos da equipa multidisciplinar.

Domínio de competências	Objetivos específicos	Atividades	Local	Indicadores e critérios de avaliação
<p>DOMÍNIO DA MELHORIA DA QUALIDADE</p> <p>“B1.2 - Incorpora diretivas e conhecimentos na melhoria da qualidade na prática”;</p> <p>“B3.1 – Proporciona um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos e grupos”.</p> <p>CUIDA A PESSOA</p> <p>“J1.1 - Avaliar a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidade”;</p> <p>“J1.2 Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao auto-cuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade”;</p> <p>“J1.3 Implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções ao nível da deglutição”;</p> <p>“J1.4 – Avalia os resultados das intervenções implementadas”.</p> <p>(Ordem dos enfermeiros, 2010)</p>	<p>3. Adquirir competências de enfermagem de reabilitação, na reeducação do cliente com deglutição comprometida;</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Revisão e pesquisa bibliográfica sobre a evidência científica relacionada com: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> a reeducação da deglutição; <input type="checkbox"/> Treino de técnicas de reeducação da deglutição, após avaliação rigorosa da mesma: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> técnicas posturais; <input type="checkbox"/> estimulação sensitiva; <input type="checkbox"/> mudanças voluntárias da deglutição; <input type="checkbox"/> exercício de amplitude de movimentos e fortalecimento muscular. 	<p>UCC SERVIÇO DE MEDICINA</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Mobiliza conhecimentos atualizados e adequados à atuação do EEER; <input type="checkbox"/> Avalia de forma rigorosa o risco de alteração da funcionalidade a nível da deglutição; <input type="checkbox"/> Avalia os aspetos biopsicossociais que interferem no processo adaptativo à nova condição de saúde/doença do cliente; <input type="checkbox"/> Identifica as necessidades de intervenção para reeducar a função ao nível da deglutição; <input type="checkbox"/> Concebe planos de intervenção para otimização e/ou reeducação funcional na área da deglutição; <input type="checkbox"/> Implementa programas de reeducação da deglutição; <input type="checkbox"/> Executa corretamente as técnicas e aplica os conhecimentos e princípios de Enfermagem de Reabilitação; <input type="checkbox"/> Monitoriza os resultados das intervenções implementadas no programa de reeducação. <input type="checkbox"/> Divulga experiências avaliadas com resultados de sucesso, à restante equipa;

Domínio de competências	Objetivos específicos	Atividades	Local	Indicadores e critérios de avaliação
<p>CAPACITA A PESSOA “J2.1 Elabora e implementa programas de treino de AVD`s visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e qualidade de vida”.</p> <p>“J2.2 Promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social.”</p> <p>MAXIMIZA A FUNCIONALIDADE “J3.1 Concebe e implementa programas de treino motor e cardiorrespiratório.”</p> <p>“J3.2 Avalia e reformula programas de treino motor e cardiorrespiratório em função dos resultados esperados”.</p> <p>(Ordem dos enfermeiros, 2010)</p>	<p>4. Identificar a intervenção do EEER na continuidade e dos cuidados, após a alta hospitalar</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❑ Transmissão da informação sobre as técnicas específicas de reeducação da deglutição, garantindo o domínio, por parte do cliente/família/cuidador informal, na ação referente ao autocuidado: alimentar-se. ❑ Execução das técnicas de reeducação da deglutição, para capacitar o desempenho do cliente na prática das mesmas; ❑ Supervisão das técnicas de reeducação a efetuar pelo cliente/família/cuidador, em contexto de ambulatório; ❑ Identificação de barreiras ao processo de reabilitação no contexto individual de cada cliente; ❑ Criação de sessões de treino com vista à promoção da saúde, à prevenção de complicações e à reabilitação do cliente. 	<p>UCC SERVIÇO DE MEDICINA</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❑ Executa corretamente as técnicas e aplica os conhecimentos e princípios de Enfermagem de Reabilitação; ❑ Ensina, instrui e treina técnicas inerentes ao programa de reabilitação definido para cada cliente. ❑ Identifica barreiras ao processo de reeducação em contexto domiciliário; ❑ Reformula e implementa intervenções especializadas de acordo com os projetos de saúde do cliente/família. ❑ Monitoriza os resultados das intervenções implementadas no programa de reeducação.

Domínio de competências	Objetivos específicos	Atividades	Local	Indicadores e critérios de avaliação
<p>DOMINIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS “D2.1 Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade”</p> <p>(Ordem dos enfermeiros, 2010)</p>	<p>4. Identificar a intervenção do EEER na continuidade e dos cuidados, após a alta hospitalar</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Identificação de necessidades de formação à equipa de enfermagem sobre esta área específica, para que seja promovida a continuidade dos cuidados, garantindo a segurança no processo de deglutição e a melhoria da qualidade de vida do cliente. <input type="checkbox"/> Conceção de sessões de formação; <input type="checkbox"/> Avaliação do impacto da formação. 	<p>UCC SERVIÇO DE MEDICINA</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Executa ações de formação com base nos défices de informação identificados; <input type="checkbox"/> Avalia os resultados da formação efetuada no seio da equipa; <input type="checkbox"/> Reformula intervenções conforme os resultados obtidos; <input type="checkbox"/> Articula-se com a equipa interdisciplinar, partilhando informação no sentido de garantir a continuidade dos cuidados.

Domínio de competências	Objetivos específicos	Atividades	Local	Indicadores e critérios de avaliação
<p>DOMÍNIO DA MELHORIA DA QUALIDADE “B1.2 - Incorpora diretivas e conhecimentos na melhoria da qualidade na prática”.</p> <p>CUIDA A PESSOA “J1.1 - Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidade”; “J1.2 – Concebe planos de intervenção para promover capacidades adaptativas com vista ao auto controlo e autocuidado nos processos”; “J1.3 – Implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções ao nível da deglutição”; “J1.4 – Avalia os resultados das intervenções implementadas”.</p>	<p>5. Aprofundar os cuidados de enfermagem de reabilitação na prevenção de complicações relacionadas com a saúde do cliente com deglutição comprometida;</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❑ Revisão e pesquisa bibliográfica da evidência científica sobre: <ul style="list-style-type: none"> ❑ as possíveis complicações decorrentes de alterações no processo de deglutição (alterações biopsicossociais); ❑ Avaliação do risco de alteração da deglutição; ❑ Execução de técnicas de reeducação da deglutição, após avaliação rigorosa da mesma: técnicas posturais; estimulação sensitiva; mudanças voluntárias da deglutição; exercício de amplitude de movimentos e fortalecimento muscular. 	<p>UCC</p> <p>SERVIÇO DE MEDICINA</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❑ Detém conhecimentos sobre as possíveis complicações bem como os indivíduos em risco; ❑ Avalia os aspetos biopsicossociais que possam estar presentes e interferir no processo de reabilitação; ❑ Faz o diagnóstico das respostas inadequadas do cliente ao nível do processo de deglutição; ❑ Esclarece e discute as práticas de risco com o cliente, concebe planos, seleciona e prescreve as intervenções adequadas para garantir uma deglutição segura e eficaz;

Domínio de competências	Objetivos específicos	Atividades	Local	Indicadores e critérios de avaliação
<p>DOMÍNIO DA MELHORIA DA QUALIDADE “B1.2 - Incorpora diretivas e conhecimentos na melhoria da qualidade na prática”.</p> <p>CUIDA A PESSOA “J1.1 - Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidade”; “J1.2 – Concebe planos de intervenção para promover capacidades adaptativas com vista ao auto controlo e autocuidado nos processos”; “J1.3 – Implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções ao nível da deglutição”; “J1.4 – Avalia os resultados das intervenções implementadas”.</p>	<p>5. Aprofundar os cuidados de enfermagem de reabilitação na prevenção de complicações relacionadas com a saúde do cliente com deglutição comprometida;</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Execução de ensinamentos ao cliente/família/cuidador informal sobre a reeducação da deglutição e avaliação do grau de compreensão dos mesmos, sobre o que lhes é transmitido e ensinado; <input type="checkbox"/> Discussão sobre as práticas de risco com a pessoa/família/cuidador informal; <input type="checkbox"/> Avaliação dos resultados do plano de reeducação. 	<p>UCC</p> <p>SERVIÇO DE MEDICINA</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Elabora planos de intervenção para otimizar e reeducar o cliente com alterações na deglutição; <input type="checkbox"/> Utiliza dispositivos de compensação sempre que se justifique; <input type="checkbox"/> Reconhece e reflete sobre os ganhos em saúde provenientes da atuação do EEER.

APÊNDICE 3 - CRONOGRAMA

APÊNDICE 4 – GUIÃO DE ENTREVISTA

**8º Curso de Mestrado em Enfermagem Área de
Especialização em Enfermagem de Reabilitação**

GUIÃO DE ENTREVISTA –

LEGITIMAÇÃO DA ENTREVISTA

1. Apresentação
2. Apresentação dos objetivos da visita/entrevista
3. Obtenção de consentimento

CARATERIZAÇÃO DO SERVIÇO

1. Como se caracteriza o espaço físico?
2. Que recursos da comunidade estão disponíveis?
3. Como é constituída a equipa multidisciplinar?
4. Qual o horário de funcionamento da UCC?

GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS

1. Quantos elementos constituem a equipa de enfermagem?
quantos são Especialistas em Reabilitação?
2. O horário praticado pelos Enfermeiros generalistas diverge dos
3. Enfermeiros Especialistas? Se sim, porquê ?
4. Que funções assume o Enfermeiro de Reabilitação no serviço?
5. Qual o número de utentes atribuídos/distribuídos ao Enfermeiro Especialista de Reabilitação? Quais os critérios? Esse número difere do Enfermeiro Generalista?
6. Como é feita a articulação entre os Enfermeiros Generalistas e os Enfermeiros Especialistas de Reabilitação?
7. Algum EEER tem investido na área deglutição comprometida/disfagia? Se sim, em que medida?
8. Qual o tempo médio de seguimento dos utentes?
9. Quais as características da população que o serviço recebe? (faixa etária, tipo de patologia, níveis de dependência, compromissos sensório-cognitivos, condições socioeconómicas)

10. Qual a incidência de disfagia nos utentes a que prestam cuidados?
11. Em que medida é que as alterações da deglutição influenciam a participação dos utentes nos programas de reabilitação?
12. Quais as necessidades de cuidados de enfermagem de reabilitação mais frequentes na população assistida?

AVALIAÇÃO DOS UTENTES

1. Como realiza a seleção dos utentes alvo de cuidados especializados em reabilitação?
2. Os utentes podem também ser referenciados por outros profissionais para os EEER? Se sim, como é efetuado esse processo?
3. Em que momento, quem e como são identificadas as necessidades de intervenção dos Enfermeiros Especialistas de Reabilitação?

PRESTAÇÃO E CONTINUIDADE DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

1. Quais as patologias mais frequentes na prestação de cuidados pelo EEER?
2. Qual a metodologia de trabalho utilizada pelos EEER? Como procede ao planeamento dos cuidados?
3. De que forma o utente participa (ou não) nesse planeamento?
4. O planeamento do programa de reabilitação é realizado em equipa?
5. Que instrumentos são utilizados para registo das intervenções dos enfermeiros de reabilitação?
6. Coordena os cuidados de enfermagem de reabilitação com outros enfermeiros especialistas? Existe uma equipa de reabilitação?
7. Que limitações ou dificuldades sente como enfermeiro de reabilitação na sua prática e cuidados?
8. Qual a recetividade do utente/família aos cuidados do enfermeiro de reabilitação?
9. Quais as vantagens e desvantagens da prática de enfermagem reabilitação em contexto domiciliário?
10. Que indicadores de saúde são evidenciados no serviço?
11. Como a família é incluída nos cuidados planeados?

12. Existem momentos de promoção da saúde no serviço?
13. Existe algum programa ou instrução de trabalho específica sobre avaliação e reeducação da deglutição comprometida?

AUTONOMIA, ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO E RELAÇÃO INTERDISCIPLINAR

1. Existe articulação nos cuidados com outros profissionais na equipa?
2. (Fisioterapeuta/ Terapeuta ocupacional/ Terapeuta da Fala/
3. Nutricionista, Médico, Psicólogo)
4. Existe alguma parceria/ articulação de cuidados com o internamento hospitalar? Se sim, qual? Como?
5. Como articula a continuidade de cuidados?
6. Existe programas de reabilitação que tenham início no internamento e
7. tenham continuidade em ambulatório? Se sim, quais as situações mais
8. frequentes?
9. O que considera importante para uma melhor prestação de cuidados
10. de enfermagem de reabilitação?
11. Que materiais/recursos existem no serviço para a prática específica de
12. enfermagem de reabilitação?

OUTRAS ATIVIDADES

1. Tem algum projeto que gostaria de concretizar? Existe dificuldade em implementar projetos?
2. Em que medida contribui o EEER para a formação dos pares?

FIM DA ENTREVISTA

Agradecimento pela entrevista

9. Quais as características da população que o serviço recebe? (faixa etária, tipo de patologia, níveis de dependência, compromissos sensório-cognitivos, compromissos sensório-motores, condições socioeconómicas)
10. Qual a incidência de alterações da disfagia nos utentes internados?
11. Em que medida é que as alterações da deglutição influenciam a participação dos utentes nos programas de reabilitação?
12. Quais as necessidades de cuidados de enfermagem de reabilitação mais frequentes na população assistida?

AVALIAÇÃO DOS UTENTES

1. Como realiza a seleção dos utentes alvo de cuidados especializados em reabilitação?
2. Os utentes podem também ser referenciados por outros profissionais para os EEER? Se sim, como é efetuado esse processo?
3. Em que momento, quem e como são identificadas as necessidades de intervenção dos Enfermeiros Especialistas de Reabilitação?

PRESTAÇÃO E CONTINUIDADE DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

1. Quais as patologias mais frequentes na prestação de cuidados pelo EEER?
2. Qual a metodologia de trabalho utilizada pelos EEER?
3. Como procede ao planeamento dos cuidados?
4. De que forma o utente participa (ou não) nesse planeamento?
5. O planeamento do programa de reabilitação é realizado em equipa?
6. Apenas presta cuidados aos utentes do serviço ou dá apoio a outros serviços?
7. Que instrumentos são utilizados para registo das intervenções dos enfermeiros de reabilitação?
8. Coordena os cuidados de enfermagem de reabilitação com outros enfermeiros especialistas? Existe uma equipa de reabilitação?
9. Que limitações ou dificuldades sente como enfermeiro de reabilitação na sua prática de cuidados?
10. Qual a recetividade do utente/família aos cuidados do enfermeiro de reabilitação?

11. Vê impacto de resultados consoante a adesão / envolvimento da pessoa aos cuidados?
12. Que indicadores de saúde são evidenciados no serviço?
13. Como a família é incluída nos cuidados planeados?
14. Existem momentos de promoção da saúde no serviço?
15. Existe algum programa ou instrução de trabalho específica sobre avaliação e reeducação da deglutição?

AUTONOMIA, ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO E RELAÇÃO INTERDISCIPLINAR

1. Existe articulação nos cuidados com outros profissionais na equipa?
(Fisioterapeuta/ Terapeuta ocupacional/ Terapeuta da Fala/ Nutricionista, Médico, Psicólogo)
2. Como prepara a alta do utente para o regresso ao domicilio? Qual o papel e importância do Enfermeiro de Reabilitação na decisão da alta do utente?
3. Existe alguma parceria/ articulação de cuidados com a comunidade na preparação e no momento da alta? Se sim, qual? Como?
4. Como articula a continuidade de cuidados?
5. Existe programas de reabilitação que tenham início no internamento e tenham continuidade em ambulatório? Se sim, quais as situações mais frequentes?
6. O que considera importante para uma melhor prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação?
7. Que materiais/recursos existem no serviço para a prática específica de enfermagem de reabilitação?

OUTRAS ATIVIDADES

1. Tem algum projeto que gostaria de concretizar? Existe dificuldade em implementar projetos?
2. Em que medida contribui o EEER para a formação dos pares?

FIM DA ENTREVISTA

Agradecimento pela entrevista

ANEXOS

ANEXO 1 – AVALIAÇÃO CLÍNICA DA DISFAGIA

Avaliação clínica da disfagia, segundo a Speech Pathology Australia, 2012.

1. BACKGROUND

Diagnóstico médico;

Complexidade da condição médica (por exemplo, mais de um sistema corporal: diagnóstico cardíaco + respiratório);

Estado nutricional atual e necessidades nutricionais imediatas;

Situação cultural, educacional, religiosa e vocacional;

Nível de ansiedade ou preocupação do cliente em relação à dificuldade em alimentar-se.

2. OBSERVAÇÃO IMEDIATA

A capacidade do cliente para participar na avaliação da deglutição;

Presença de dispositivos: linha intravenosa, sonda nasogástrica, gastrostomia;

Traqueostomia;

Estado mental/ funções cognitivas;

Capacidade de gerir as secreções orais;

Padrão respiratório;

Postura/controlo da cabeça.

3. COMUNICAÇÃO, COGNIÇÃO E COMPORTAMENTO

Capacidade de seguir as indicações;

Condições visuais e auditivas;

Capacidades cognitivas;

Variáveis psicológicas (depressão);

Insight sobre a sua condição.

4. AVALIAÇÃO OROFARÍNGEA

Estrutura e apresentação da cavidade oral, mucosa oral e da faringe (palato mole, parede posterior da faringe);

Higiene oral e estado dentário;

Avaliação dos pares cranianos, especificamente:

- V - Trigêmeo (motor e sensitivo)
- VII - Facial (motor e sensitivo)
- IX - Glossofaríngeo (sensitivo e motor)
- X - Vago (sensitivo e motor)
- XII – Grande hipoglosso (motor)

Presença ou ausência de capacidade para deglutir a saliva;

Capacidade de proteger a via aérea (reflexo de tosse espontâneo).

5. AVALIAÇÃO ORAL / AVALIAÇÃO DA ALIMENTAÇÃO

Capacidade do cliente para participar no exame oral (contraindicado em situação de: diminuição do nível de alerta; agitação, fadiga, incapacidade de proteger a via aérea);

Posicionamento adequado para o teste de deglutição;

Adequar a quantidade e a consistência dos alimentos (não existe consenso em relação a esta questão);

Capacidade de coordenar a respiração e a deglutição (capacidade de fazer apneia voluntária);

Tempo que demora a iniciar a deglutição após solicitação;

Presença de excursão faríngeos;

Alterações do estado do cliente durante ou após o teste com alimentos (alteração do padrão respiração, regurgitação nasal, angústia, alteração na saturação periférica de oxigénio);

Presença de resíduos na cavidade oral após deglutir.

6. REFERÊNCIA PARA OUTRAS AVALIAÇÕES

Situações em que é necessário ter mais informação sobre a fase faríngea e esofágica.

7. DIAGNÓSTICO GLOBAL

Integração de toda a informação recolhida para determinar a gravidade da disfagia.

Grau de risco para aspiração ou engasgamento;

Capacidade de se alimentar e hidratar por via oral para satisfazer as necessidades nutricionais;

Determinação precisa da localização primária da disfagia;

Gravidade da disfagia: disfagia leve, moderada ou grave.

8. PLANO DE INTERVENÇÃO

Prescrição de alimentos e / ou líquidos (necessidade de modificação da textura dos alimentos ou líquidos);

Utilização de dispositivos de compensação (sonda nasogástrica);

Requisição de assistência ou supervisão durante a alimentação (incluindo postura e posicionamento);

Mudanças voluntárias da deglutição a executar por profissionais formados nesta área;

Segurança para engolir medicamentos orais;

Referenciação a outros profissionais de saúde;

Plano de higiene oral;

Adequação para reabilitação ou tratamento (considerar problemas psicológicos, falta de motivação, capacidade de aprendizagem);

Referência para avaliação instrumental de deglutição.

Fonte:<https://samanthaochse.files.wordpress.com/2013/08/dysphagia-guidelines.pdf>

APÊNDICE II – Jornal de aprendizagem UCC

Jornal de Aprendizagem

A importância dos cuidados especializados de reabilitação em contexto domiciliário

O tema deste jornal de aprendizagem vai ao encontro de um dos objetivos que constam no plano de atividades elaborado no projeto de estágio, que me propus atingir e que considero fundamental para uma prestação de cuidados fundamentada e enquadrada naquilo que são os objetivos da instituição onde me encontro a estagiar. Refiro-me à perceção do reconhecimento da importância do EEER em contexto domiciliário, enquanto integrado numa equipa multidisciplinar. Só foi possível refletir sobre o objetivo em questão, “compreender a intervenção do EEER enquadrada no seio da equipa multidisciplinar”, durante a minha integração no local de estágio (UCC) em que se conhecem as pessoas, as equipas e o trabalho que cada um desenvolve na comunidade. Para isso, foi necessário conhecer todas as estruturas de apoio e parcerias que cooperam com a UCC onde desenvolvo o meu estágio, e conhecer a população alvo de cuidados, para conseguir dar uma resposta adequada às suas necessidades biopsicossociais.

Durante a primeira semana de estágio, foi possível estabelecer o primeiro contacto com a dinâmica funcional e organizacional da unidade. Percebi que existe uma hierarquia organizacional e funcional bem definida, relativamente aos cuidados de saúde na comunidade (equipas da ECCI), que os diferencia de outros cuidados de saúde (USF e UCP). A reforma dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) que se encontra em curso tem implicado a sua reorganização e a criação de novas estruturas, tendo como ponto de partida os serviços de saúde já existentes. O meu desconhecimento sobre esta matéria gerou-me alguma inquietação e algum desconforto, muito porque todo o meu percurso laboral foi desempenhado em contexto hospitalar. Neste sentido, durante este período houve necessidade de perceber qual a população alvo dos cuidados em que esta unidade de cuidados se integra, bem como a sua articulação com os cuidados de saúde primários, secundários e terciários.

Verifica-se que, devido ao novo conceito de racionalização dos cuidados de saúde, se pretende que os clientes tenham um tempo de internamento cada vez mais curto, o que faz com que os utentes tenham alta ainda com um grau de dependência elevado. Constata-se que uma parte dos clientes recupera da sua doença no domicílio com o apoio dos seus familiares e muitas vezes, também, com a colaboração de associações que asseguram a prestação dos cuidados de higiene e fornecimento de alimentação. O plano de ação da UCC abrange vários projetos entre eles a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

A RNCCI, foi criada pelo Decreto-Lei N.º 101/2006, de 6 de junho, e tem por função prestar cuidados continuados de saúde e de apoio social a pessoas em situação de dependência, tanto na sua casa como em instalações próprias. A RNCCI é constituída por um grupo de unidades de internamento que incluem: cuidados continuados de convalescença, cuidados continuados de média duração e reabilitação, cuidados continuados de longa duração e manutenção e, ainda, os cuidados paliativos. Nas unidades de ambulatório estão inseridas as equipas hospitalares de cuidados continuados de saúde e de apoio social. A Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) presta serviços domiciliários a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença, cuja situação não requer internamento, mas que não podem deslocar-se do domicílio (n.º 1 do Art. 27.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho). As equipas domiciliárias de cuidados continuados de saúde pretendem, desta forma, dar resposta aos objetivos que se colocam na sociedade atual que são o reabilitar e reinserir, a par de políticas de envelhecimento ativo (onde é reconhecido o potencial à pessoa idosa e em situação de dependência).

Assim, reconheço que a presença do EEER nas equipas domiciliária de cuidados continuados é fundamental, neste contexto, enquanto elemento que integra estas unidades. Este detém um conjunto de conhecimentos e competências específicos que ajudam as pessoas, na fase aguda ou crónica da doença ou com sequelas, a maximizar o seu potencial funcional e de independência com o intuito de as ajudar a recuperar ou manter a sua autonomia e otimizar a sua qualidade de vida (Ordem dos Enfermeiros, 2010). Desta forma, a sua atuação vai ao encontro daquilo que são os objetivos e a filosofia dos cuidados na comunidade.

Nesta fase de integração, tomei conhecimento de que existem várias formas de encaminhamento dos clientes para as equipas de cuidados na comunidade (EGA, USF, unidades da rede e EIHC Paliativos). O enfermeiro de reabilitação assume o papel de gestor de caso de um determinado número de clientes, que nem sempre é aquele aconselhado pela ordem dos enfermeiros. O EEER, pelas competências que possui e articulando-se com assistente social, médicos, fisioterapeutas e psicólogo, pode fazer a diferença entre a pessoa ter ou não acesso a uma vida digna e com qualidade após a alta hospitalar.

O contacto com esta realidade e com a filosofia de cuidados deu-me mais conhecimentos sobre a forma como está organizada e as estruturas de apoio disponíveis na comunidade. Desta forma, enquanto enfermeira a prestar cuidados em

contexto hospitalar, este contacto permite-me ajudar na tomada de decisão para o encaminhamento pós alta e melhorar a qualidade da informação transmitida para a continuidade dos cuidados. Fez-me ter a percepção que, de facto, nunca é de mais reforçar os ensinamentos à família e cuidadores para que fiquem aptos à prestação de cuidados sem medos, dúvidas e receios. Agilizar a transferência dos mesmos de forma a que estejam o menos tempo possível sem apoio e orientação relativamente aos cuidados de saúde. Estar do outro lado, no domicílio das pessoas, faz-nos perceber que, de facto, as circunstâncias ambientais são um facto relevante a considerar no apoio ao cliente, família e cuidador.

O caso do Sr. M., admitido na UCC a 8 /8/17, em consequência de necessidade de cuidados de reabilitação no domicílio após internamento hospitalar devido a AVC, com antecedentes pessoais de neoplasia do pulmão e HTA, foi, sem dúvida, o primeiro reconhecimento prático da importância da intervenção do EER em contexto domiciliário. Este cliente, inicialmente, encontrava-se totalmente dependente em todos os autocuidados. Do hospital foi encaminhado para sua casa, onde residia conjuntamente com a esposa, sendo que, no primeiro mês, a filha mais velha esteve a viver na mesma residência, podendo prestar cuidados ao pai e ajudar a mãe noutras tarefas que fossem necessárias. O plano de reabilitação foi traçado pela enfermeira especialista em reabilitação conjuntamente com o cliente e a família. Numa fase inicial, devido a alterações cognitivas, este Sr. mostrava alguma agressividade durante a execução dos cuidados. Depois de conseguido o levante para cadeira de rodas e posterior treino de marcha com andarilho, os progressos do utente foram gradualmente notórios. No momento da minha primeira visita domiciliária, apesar de muito pouco comunicativo, o Sr. M. já deambulava com canadianas no jardim em frente à sua casa.

A visita domiciliária permite-nos tomar conhecimento das necessidades reais, das pessoas, entramos grandemente na sua intimidade (casa, leito, objetos pessoais, rede familiar).

Sem dúvida, nas primeiras visitas efetuadas aquando da admissão dos clientes na UCC, pude também constatar que o regresso a casa representa um momento crítico e complexo, gerador de grande ansiedade quer para a pessoa dependente quer para a sua família. A insegurança é visível no rosto das pessoas e, muitas vezes, embora venham acompanhadas com panfletos que orientam a sua prática de cuidados, parece ser difícil adaptar o conteúdo informativo à sua realidade prática. É insuficiente transmitir as informações/ensinamentos no momento da alta, sendo necessário reforçar essa mesma informação no contexto onde a pessoa se insere. Durante os processos de transição,

cabe ao EEER a missão preponderante de fornecer suporte para capacitar a tomada de decisão do cliente/família, no sentido da concretização de transições saudáveis que potenciem o autocuidado e a melhoria da qualidade de vida. É fundamental vencer obstáculos que gerem desvantagem, tais como as barreias arquitetónicas que são mais frequentes do que eu pensava (escadas de acesso a apartamentos sem barras laterais de apoio, rampas com inclinações muito acentuadas, habitações com áreas muito reduzidas, etc.). O objetivo é contribuir para a adaptação ao seu processo de fragilidade pela atuação direta sobre problemas concreto do dia-a-dia das pessoas, e isso só é possível quando o EEER se desloca ao domicílio das pessoas.

As pessoas necessitam de tempo para se adaptar às novas condições de saúde dos seus familiares, e se esse tempo não for bem gerido, torna-se mais difícil a reintegração sociofamiliar. Uma boa postura para com os familiares é a base de uma sólida relação terapêutica. É evidente que da interação entre o enfermeiro e o cliente/família são produzidos conhecimentos, estratégias e recursos facilitadores das transições doença / saúde.

Pude constatar, ainda que, na comunidade, o EEER marca a diferença na vida do cliente, evitando o isolamento social, a depressão, e a incapacidade funcional, impedido o surgimento de outras co-morbilidades associadas ao processo de fragilidade, pelas quais o cliente possa passar. O domínio pela prática dos seus autocuidados, decorrentes de uma adaptação positiva à sua nova condição de saúde favorece a sua autoestima e a reintegração social, sendo necessário, por vezes, a readaptação a uma nova condição de saúde.

O trabalho que o EEER desenvolve com a família é fundamental, pelo facto de ser esta quem permanece 24h junto do cliente. Criação de empatia e confiança são, sem dúvida, fundamentais nesta fase para o desenvolvimento de *empowerment* na família e cliente.

APÊNDICE III – Estudo de Caso UCC



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

**8.º Curso de Mestrado na área de Especialização em Enfermagem de
Reabilitação**

Unidade Curricular: Estágio

ESTUDO DE CASO UCC

Sónia Alexandra Abrantes Loureiro

Lisboa, Novembro de 2017



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

**8.º Curso de Mestrado na área de Especialização em Enfermagem de
Reabilitação**

Unidade Curricular: Estágio

ESTUDO DE CASO UCC

Sónia Alexandra Abrantes Loureiro

Orientadora: Vanda Marques Pinto

Coorientador: Ricardo Braga

Lisboa, Novembro de 2017

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	5
1 APRESENTAÇÃO DO CLIENTE EM ESTUDO	7
2 AVALIAÇÃO DO CLIENTE APÓS ADMISSÃO NA ECCI	10
3 PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	14
4 APRECIÇÃO FINAL	20
5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	22

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – Plano de Exercícios 1

APÊNDICE 2 – Plano de Exercícios 2

APÊNDICE 3 – Plano de Exercícios 3

INTRODUÇÃO

Este trabalho encontra-se integrado no estágio que neste momento desenvolvo numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) e permite organizar, sistematizar e perceber a necessidade de intervenção do enfermeiro especialista de enfermagem de reabilitação (EEER), numa determinada situação específica, em contexto domiciliário. Tem por base a colheita de dados efetuada, por meio de entrevista que é realizada junto do cliente e família, pela consulta de processo clínico do cliente referente ao período de hospitalização e referência para a Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), bem como através da semiologia clínica efetuada de forma sistemática e contínua, entre outros aspetos. Esta colheita serve de base à realização de um plano de cuidados de enfermagem de reabilitação, que surge adaptado ao contexto real das necessidades do cliente/família, sendo elaborado de acordo com as perspetivas pessoais e familiares da pessoa envolvida.

Trata-se do Sr.M.P.S., um cliente que foi referenciado pela Equipa de Gestão de Altas hospitalares (EGA), para seguimento no domicílio, devido a necessidade de cuidados de reabilitação. Desta forma, constitui parte integrante da lista de clientes seguidos pela ECCI pertencente à Unidade de Cuidados na Comunidade onde realizo estágio.

Embora não seja descrita uma situação clínica que envolva o tema do meu projeto de estágio, pela não existência de utentes em contexto domiciliário, durante o período de realização de estágio na UCC, que requeiram a intervenção do EEER na área da disfagia, considero-o de extrema importância, uma vez que vai ao encontro do segundo objetivo geral referido no meu projeto de estágio, onde se pressupõe o desenvolvimento de competências do EEER na abordagem ao cliente com alterações a nível motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da eliminação e da sexualidade. Assim, defino os seguintes objetivos para a elaboração deste trabalho:

- Conhecer e desenvolver estratégias de avaliação que permitam a adaptação e recuperação do cliente, com alterações motoras e cognitivas, na recuperação das suas necessidades de autocuidado e integração social;

- Reconhecer práticas que facilitem a implementação e planeamento de cuidados de enfermagem de reabilitação;
- Desenvolver capacidades de integração e interação com o cliente e a sua família;
- Estabelecer prioridades no acompanhamento do cliente com necessidades de cuidados de enfermagem de reabilitação.

Para uma melhor organização dos conteúdos que serão descritos, este trabalho foi organizado da seguinte forma:

- Primeira parte: Apresentação do cliente e exposição da avaliação efetuada, segundo uma grelha de colheita de dados elaborada por mim.
- Segunda parte: Apresentação do plano de cuidados, desenvolvido para o cliente, em função dos problemas/necessidades de cuidados de enfermagem de reabilitação, identificadas para o mesmo.

O plano de intervenção descrito neste estudo, tem por base a linguagem CIPE, mais concretamente o Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, elaborado em 2015 pelo colégio da especialidade.

1 APRESENTAÇÃO DO CLIENTE EM ESTUDO

Trata-se do Sr. M.P.S. do género masculino, tem 73 anos, raça negra, natural de Cabo Verde, reside há 22 anos no concelho do Seixal. O Sr. M.P.S., reformado, foi pintor numa empresa de reparação de transportes aquáticos.

Antecedentes pessoais:

Apresenta como antecedentes pessoais: Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus tipo 2 não insulinotratada, neoplasia da próstata em 2010, Insuficiência Renal Cronica (IRC) não dialisada.

Nega hábitos alcoólicos, tabágicos ou estupefacientes.

Terapêutica domiciliária:

Olmesartan/Hidroclorotiazida 20mg/2,5mg	1 vez por dia
Sitagliptina 100mg	1 vez por dia
Amlodipina 5 mg	1 vez por dia
Levetiracetam 500mg	2 vezes por dia
Metamizol Magnésio	2 vezes por dia
Glicazida 30mg	1 vez por dia
Adalgur 500mg/2mg	2 vezes por dia
Alopurinol 300mg	1 vez por dia
Ciproterona 100mg	2 vezes por dia

História sociofamiliar e habitacional:

O Sr. M.P.S. é casado e reside com a esposa e o filho mais novo do casal. A filha mais velha reside no Monte de Caparica, visitando os pais periodicamente aos fins de semana. O filho mais novo de 23 anos, estudante universitário, reside com os pais, mas não participa na prestação ou no planeamento dos cuidados de saúde do pai. A esposa, a Sra.T.S. (58 anos) empregada de limpeza, encontra-se neste momento em casa para assistência ao marido devido à incapacidade do mesmo, após a alta hospitalar. A esposa assume-se, assim, como a cuidadora informal do marido. Relativamente à situação religiosa, trata-se de um casal católico praticante.

O cliente reside em meio urbano, num 1.º andar que possui, no hall de entrada do prédio, um lance de 3 escadas que dão acesso a saída do mesmo. O acesso ao exterior da habitação é feito por uma rua alcatroada, tendo estacionamento automóvel em frente à habitação, após uma pequena zona de jardim. O andar de apenas um piso, embora possua espaços pequenos, apresenta boas condições habitacionais.

História da doença atual e progressa

O cliente foi levado à urgência no dia 26/7/17 por quadro de episódios confusionais com cerca de 1 mês de evolução, cefaleia em agravamento e discreta assimetria da mímica facial. Perante a observação médica, o cliente encontrava-se:

- Vígil, desorientado, discurso desorganizado, pobre, repetitivo e incongruente.
- Pupilas iso/iso, sem alterações da oculomotricidade.
- Parésia facial central direita.
- Hemiparésia grau 4 à direita.

O cliente foi internado para estudo, tendo sido pedidos exames complementares de diagnóstico, nomeadamente ressonância magnética crânio encefálica, onde se identifica a presença de volumosa lesão expansiva extra-axial centrada aos andares anterior e médio da base do crânio em topografia parassagital esquerda. A lesão determina efeito de massa marcado, traduzido por apagamento dos sulcos corticais do hemisfério cerebral esquerdo, colapso dos cornos frontal e temporal e do corpo do ventrículo lateral esquerdo, bem como marcada deformação do III ventrículo.

Foi-lhe diagnosticado meningioma gigante pterional esquerdo, tendo sido submetido a craniotomia no dia 30/7/17. Dada a lesão se apresentar muito sangrante e aderente aos grandes vasos, foi efetuada uma remoção alargada, mas não total, persistindo, desta forma, porção do tumor do rego olfativo à direita, porção fronto e temporo-basal junto aos grandes vasos.

O cliente foi transferido para a UCI no período pós-operatório, estando sedado e ventilado, e por dificuldade no desmame ventilatório foi colocada

indicação para traqueostomia que realizou a 09/08/2017. Como intercorrência verificou-se pneumonia nosocomial a *Klebsiella pneumoniae* que foi tratada com ciclo de antibiótico com Cefuroxima. Do ponto de vista neurológico, verificou-se hemiparesia direita no pós-operatório, da qual veio a recuperar progressivamente. Foi possível o desmame de traqueostomia. À data de alta, encontrava-se, segundo avaliação médica: vígil, desorientado, colaborante, verbalizava de forma compreensível, hemiparesia direita grau 4 e tolerava o levante.

Após transferência para o serviço de neurocirurgia, foi pedida colaboração por fisioterapia, que traça plano terapêutico para o cliente onde constam as indicações apresentadas em baixo:

- Mobilização passiva e ativa assistida suave dos MS e MI.
- Treino de equilíbrio sentado com evolução para posição de pé.
- treino de marcha se possível.
- Cinesiterapia respiratória.
- Ensino da respiração abdomino-diafragmática.
- Treino ventilatório global para otimização da capacidade respiratória.
- Ensino da tosse eficaz.
- Readaptação à posição sentada com progressão para ortostatismo.

O Sr. MPS teve alta hospitalar no dia 15/9/17, mas apenas foi admitido para avaliação pela ECCI no dia 29/9/17, tendo ficado este período impossibilitado de receber cuidados de enfermagem de reabilitação.

2 AVALIAÇÃO DO CLIENTE APÓS ADMISSÃO NA ECCI

Estado de consciência

Aquando da admissão na UCC (29/9/17), o Sr. MPS apresentava um score de 14 na Escala de Glasgow (Anexo 1): abertura ocular espontânea (4), com resposta verbal confusa (4) e cumprindo ordens (6).

Orientação

Autopsíquica: mantida.

Alopsíquica: Orientação no espaço mantida, desorientação no tempo (não sabe o mês, o dia da semana, dia do mês, estação e ano civil).

Atenção

O cliente encontra-se vígil e consegue manter a atenção numa atividade, inclusivamente recorda memórias antigas.

Memória

Memória imediata mantida.

Memória recente comprometida.

Memória longo prazo comprometida.

Memória remota comprometida.

Linguagem

O Sr.MPS apresenta um discurso espontâneo, com capacidade de compreensão, nomeação, repetição, leitura e escrita mantidas.

Negligência hemiespacial unilateral

Não apresenta neglect.

Pares Cranianos

I Olfativo	hiposmia à esquerda
II Ótico	amaurose à esquerda

III – Motor Ocular Comum	anisocoria (midríase fixa à esquerda); Pupila do olho esquerdo deslocada para o canto superior da íris.
V - Patético	Sem alterações.
V - Trigêmeo	sem alterações.
VI - Motor Ocular Externo	sem alterações
VII- Facial	sem alterações
VII – Vestíbulo coclear	- Hipoacusia á esquerda; - Teste Rinne (sem condução óssea); - Teste de Romberg sem alterações; - Teste de Babinski-Weil com alterações.
IX – Glossofaríngeo	sem alterações
X – Vago	sem alterações.
XI – Espinhal	sem alterações.
XII – Grande Hipoglosso	sem alterações.

Avaliação da força muscular pela escala de *medical reseach council muscle scale* (MRC) (Apêndice 2)

Cabeça e pescoço- grau 4; Escapulo-umeral- grau 4; Cotovelo- grau 5; Punho- grau 5; Dedos- grau 5; Coxo-femural- grau 4; Joelho- grau 5; Tíbio társica- grau 4; Dedos- grau 4.

Avaliação do tônus muscular pela Escala Modificada de Ashworth (apêndice 3)

Sem alterações do tônus muscular.

Coordenação motora

Membros superiores: prova índex nariz- sem alterações.

Membro inferior: prova calcanhar joelho. Sem alterações

Avaliação da sensibilidade

Sem alterações da sensibilidade térmica, tátil e dolorosa nos vários segmentos corporais. Sem alterações da sensibilidade profunda. Avaliação efetuada a 11/10/17.

Avaliação das atividades de vida diárias pelo índice de Barthel

Na avaliação do dia 29/9/17 foi atribuída ao Sr.MPS uma pontuação de 60, pelo índice de Bathel, que revela dependência grave nas suas atividades de vida diária.

No dia 12/9/17 foi atribuída uma pontuação de 90 que corresponde a dependência moderada.

Avaliação da independência funcional pela escala MIF

No dia 29/9/17 foi atribuída um total de 78, correspondendo a um grau de incapacidade funcional moderado, segundo a escala MIF. Na avaliação realizada no dia 12/10/17 foi obtido um total de 93 (grau de incapacidade funcional ligeiro).

Segurança do Utente

Para avaliar o equilíbrio, a marcha e para identificar o risco de queda do cliente foi aplicada a escala de mobilidade e equilíbrio de Tinetti tendo sido obtido uma pontuação de 13 quando avaliado o equilíbrio estático na cadeira e uma pontuação de 10 na avaliação do equilíbrio dinâmico/marcha. Desta forma, obteve-se uma pontuação total de 23 que corresponde a um risco moderado de queda e equilíbrio moderado.

Nível de ansiedade e preocupação do cliente/ família em relação às suas incapacidades

O Sr. M.P.S. manifesta alguma preocupação relativamente à sua condição física. Preocupa-o o facto de não conseguir “ver bem” (sic), o facto de não apresentar o mesmo equilíbrio e força que tinha antes do internamento e as alterações de memória (“não estou bem da cabeça” sic). O cliente ainda não tinha saído à rua, e ainda não tinha voltado a frequentar a missa ao domingo. Constata-se muito receio por parte do cliente e da sua esposa em este sair à rua, dadas as alterações de equilíbrio, cognitivas e visuais, condicionando a sua qualidade de vida. A esposa manifesta otimismo e força de vontade para a participação no processo de recuperação do seu cônjuge. O Sr. MPS, embora,

também se apresente motivado, está receoso uma vez que ainda se encontra em processo de habituação à sua nova condição de saúde.

Parâmetros Vitais

T.A.: 142/72 mm/Hg

F.C:72 batimentos/min

Temperatura:36 °C

Frequência respiratória:14 ciclos/min

Dor: 0 (Escala Numérica)

Glicemia Capilar: 93mg/dl (2h após o Pequeno Almoço)

Avaliação respiratória

Tipo: torácica

Ritmo: regular

Frequência: 14 ciclos/min

Amplitude: media amplitude

Simetria: expansão torácica simétrica

Auscultação pulmonar: murmúrio vesicular presente em todos os lobos pulmonares e sem ruídos adventícios.

3 PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

PLANO DE INTERVENÇÃO		
Diagnostico de enfermagem	Intervenções	Avaliação
<p>29/9/17 Risco de queda:</p> <ul style="list-style-type: none">• Risco de queda moderado (corresponde a grau moderado quando a pessoa apresenta score entre 19-24 na escala de avaliação da mobilidade e equilíbrio de Tinetti (Apendice)• Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de queda.	<p>Sistema de apoio-educação</p> <ul style="list-style-type: none">- Monitorizar o risco de queda através do Índice de Tinetti.- Gerir o ambiente físico.- Avaliar o potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados sobre a prevenção de quedas.- Promover um ambiente seguro envolvendo o cuidador.	<p>29/9/17</p> <p>Tapete do quarto facilmente deslizável sobre o solo, pelo que foi efetuado ensino à esposa (prestador de cuidados) sobre a importância da necessidade de remoção do tapete junto ao leito do casal. Sugerida, também, a alternativa à aquisição de tapete com base antiderrapante.</p> <p>Na visita domiciliar seguinte (3/10/17) a esposa tinha adquirido um tapete antiderrapante para o quarto do casal.</p>

PLANO DE INTERVENÇÃO

Diagnósticos de enfermagem	Intervenções	Avaliação
<p>29/9/17 - Equilíbrio corporal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Equilíbrio corporal comprometido (alterações no Teste de Babinski-Weil que avalia o equilíbrio dinâmico). • Potencial para melhorar a capacidade para executar técnica de equilíbrio corporal. 	<p>Sistema de apoio-educação</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar equilíbrio corporal. - Avaliar a capacidade para melhorar a capacidade para executar técnica de equilíbrio corporal. - Planejar treino de equilíbrio corporal (apêndice). - Ensinar, instruir e treinar sobre técnicas para aumentar o equilíbrio corporal. - Providenciar material educativo (guia orientador com imagens). - Avaliar a adesão ao regime de exercícios. - Incentivar a treinar o equilíbrio corporal. 	<p>3/10/17: Ao Sr. MPS e á sua cuidadora, após terem sido ensinadas, executadas e treinadas as técnicas de promoção de equilíbrio corporal, houve necessidade de elaboração de um guia com imagens dos exercícios a realizar diariamente, bem como o nº de repetições, de acordo com os exercícios inicialmente estabelecidos com o cliente/cuidador. Desta forma, pretendia-se que houvesse um incentivo á pratica dos exercícios, na ausência do EEER.</p> <p>5/10/17: Os exercícios foram executados pelo cliente com participação, orientação e incentivo da esposa. Após solicitação do cliente/cuidador para demonstração do seu plano de exercícios, houve necessidade de correção de algumas práticas. O Sr.</p>

		MPS bem como a sua esposa continuam motivados participando, grandemente, na implementação do plano terapêutico conjuntamente estabelecido.
--	--	--

PLANO DE INTERVENÇÃO

Diagnósticos de enfermagem	Intervenção	Avaliação
<p>29/9/17</p> <ul style="list-style-type: none"> • Movimento muscular: Movimento muscular diminuído (segundo a escala de MRC o cliente apresenta força grau 4/5 em alguns dos segmentos corporais) • Potencial para melhorar o conhecimento sobre técnicas de exercícios musculares e articulares. 	<p>Sistema de apoio-educação</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar a força muscular. - Executar técnica de exercícios musculo articular. -Ensinar/instrui e treinar sobre exercícios musculo articulares. - Providenciar material educativo (guia orientador com imagens). - Incentivar exercícios muscular. - Avaliar a adesão ao regime de exercícios. 	<p>3/10/17: Identificada necessidade de elaboração guia orientador, com recurso a imagens, organizado por segmentos corporais para a prática de exercícios que melhorassem a força e amplitude articular, planeados conjuntamente com o utente e a esposa. Foi fornecido ao utente garrafas de água com areia para os exercícios de fortalecimento muscular com resistência dos membros superiores e fornecido bastão para os exercícios onde fosse necessária a sua utilização.</p>

PLANO DE INTERVENÇÃO

Diagnostico de enfermagem	Intervenção	Avaliação
<p>29/9/17</p> <ul style="list-style-type: none"> • Memória de curto prazo comprometida • Memória de longo prazo comprometida • Memória remota 	<p>Sistema de apoio-educação</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar memória recente e remota. - Executar técnicas de treino da memória - Estimular a memória. - Incentivar envolvimento do prestador de cuidados. - Instruir a estimular a memória. - Incentivar treino de memória. - Gerir o ambiente físico (diminuir focos de distração) 	<p>Deterioração muito evidente da memória recente, que se verifica no discurso superficial.</p> <p>5/10/17 e 12/10/17 foram efetuados exercícios de treino de memória recente utilizando um calendário treinando a fixar o dia mês e ano. Utilizadas imagens alusivas as estações do ano, que permitiam também melhorar a orientação alo psíquica do cliente. A esposa estava presente durante a realização dos exercícios para que pudessem ser replicados diariamente. Ao cliente foi solicitada a marcação diária me calendário do dia em que se encontrava. Na vista de dia 12/10/17 o cliente já tinha efetuado o exercício com a esposa respondendo adequadamente à pergunta</p>

		<p>de orientação temporal. Foram, também, efetuados jogos de memória (utilizando tablet pessoal) com imagens de animais e objetos do dia- a- dia, pedindo ao cliente para nomear as palavras em voz alta.</p> <p>Relativamente a memória remota o treino foi efetuado pela esposa, após ensino prévio, pela utilização de fotografias de acontecimentos marcantes da vida pessoal do casal.</p> <p>18/10/17</p> <p>Acrescenta-se exercício de leitura de texto pequeno ao qual o cliente teve de posteriormente responder às questões: Quem? Como? Porquê?</p>
--	--	--

4 APRECIÇÃO FINAL

A redação deste trabalho foi, sem dúvida, enriquecedora, na medida em que pude explorar e aplicar várias escalas apresentadas em disciplinas teóricas e que só na prática podemos perceber a sua aplicabilidade e até a sua dificuldade de implementação em determinadas circunstâncias. Percebi que, de facto, a diversidade de escalas que existem, embora identifiquem aspetos específicos de avaliação e posterior intervenção, conseguem complementar-se acrescentando informação objetiva e relevante para uma melhor perceção da evolução do cliente, durante o programa de reabilitação.

Uma situação que me impossibilitou o acompanhamento mais prolongado, deste Sr., no que se refere à parte motora tem a ver com o facto de, ao fim de duas semanas de contacto, este ter sido encaminhado para o serviço de fisioterapia do hospital da sua área de residência. A partir deste momento, foi dado maior destaque à reabilitação cognitiva do cliente, dado ser uma área que não é trabalhada durante as sessões de fisioterapia e dado o seu ambiente familiar contribuir de forma positiva para um maior sucesso neste tipo de programa de reabilitação.

Gostaria ainda de destacar que o Sr. M.P.S., no início das visitas domiciliárias, não saía para a rua, uma vez que não se sentia confiante devido à sua condição física e alterações cognitivas. No dia 12/10/17, o cliente refere ter ido à missa com a esposa, o que demonstra a sua reintegração social por forma a evitar o isolamento social e todo um conjunto de patologias que daí poderiam advir. A questão da interação social e capacidade para resolução de problemas destacam-se, segundo o doente, como uma prioridade de intervenção e são em grande parte das principais preocupações que a pessoa sente quando chega ao seu contexto sociofamiliar. O cliente sente necessidade de poder voltar a desempenhar as suas funções sociais e familiares e sente que isso acaba por simbolizar a sua superação de doença e de readaptação a sua nova condição de saúde.

O cliente adquiriu independência funcional na realização de muitas outras atividades de vida diárias, como se verifica pela comparação de scores obtidos

na MIF. De realçar que, embora tenham sido identificadas dependências funcionais que comprometiam necessidades de autocuidado do cliente, estas nunca constituíram para a família um foco de necessidade de intervenção. A família (esposa e filho) adquiriram estratégias de resolução dessas necessidades de autocuidado, isto em parte, também, pelo facto de o cliente apenas ter sido admitido na UCC, duas semanas depois da sua alta hospitalar, em que o período de maior dependência das necessidades de autocuidado era, segundo a esposa, de maior grau.

Em jeito de conclusão, foi evidente a importância da intervenção do EEER, neste contexto em particular, tendo a sua intervenção por base as competências referidas pela Ordem dos Enfermeiros (2014) em que, se pressupões a obtenção de ganhos em saúde relacionados com a satisfação da pessoa, promoção do bem-estar e autocuidado, prevenção de complicações, promoção da saúde, reeducação e readaptação funcional da pessoa.

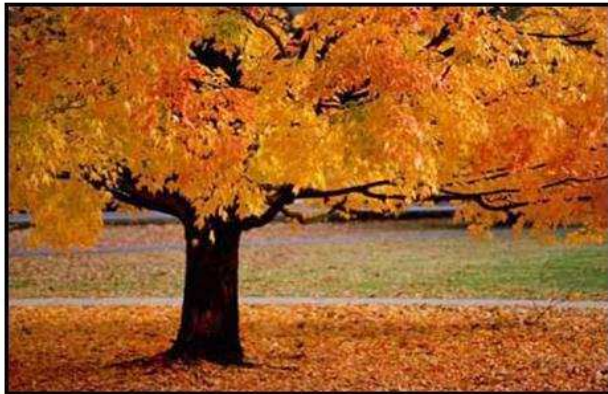
5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ordem dos Enfermeiros (2014). Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Porto: Ordem dos Enfermeiros.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – Plano de Exercícios 1

OUTONO



INVERNO



PRIMAVERA



VERÃO



Fonte: <https://www.estudokids.com.br/estacoes-do-ano/>



Fonte: <https://www.slideshare.net/CelinaSousa2/dias-meses-e-estaes>

2017

www.hpby Sandra.com.br

JANEIRO						
D	S	T	Q	Q	S	S
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

FEVEREIRO						
D	S	T	Q	Q	S	S
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28				

MARÇO						
D	S	T	Q	Q	S	S
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30	31	

ABRIL						
D	S	T	Q	Q	S	S
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30						

MAIO						
D	S	T	Q	Q	S	S
1	2	3	4	5	6	
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31			

JUNHO						
D	S	T	Q	Q	S	S
			1	2	3	
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	

JULHO						
D	S	T	Q	Q	S	S
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30	31					

AGOSTO						
D	S	T	Q	Q	S	S
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30	31	

SETEMBRO						
D	S	T	Q	Q	S	S
			1	2		
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30

OUTUBRO						
D	S	T	Q	Q	S	S
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

NOVEMBRO						
D	S	T	Q	Q	S	S
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30		

DEZEMBRO						
D	S	T	Q	Q	S	S
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30
31						

Plano de exercícios deitado

Todos os exercícios devem ser repetidos **10 vezes**.



Segurar o bastão com ambas as mãos.
Alongar os braços levantando-os sobre a cabeça.
Manter os cotovelos estendidos.
Manter por 5 segundos e voltar à posição inicial.



Segurar o bastão com as duas mãos.
Mantendo os ombros retos, com os braços empurrar o bastão para fora, para o lado e para cima o mais alto possível.
Manter por 5 segundos.



Mantenha a perna esticada. Devagar empurre a ponta do pé para a frente e retorne à posição inicial. De seguida empurre o pé em direção ao seu joelho.



Fletir o joelho direito, o máximo que conseguir.
Manter 5 segundos. Repetir com a outra perna.



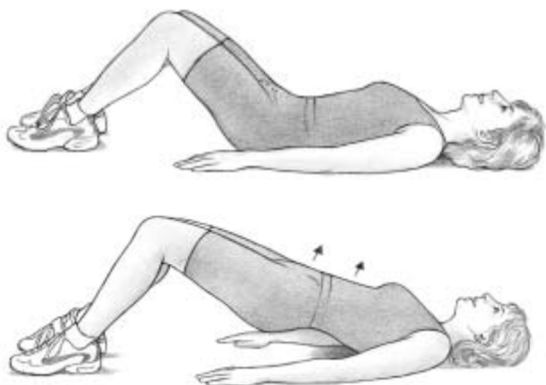
Mantenha o joelho da perna esquerda fletido.
Coloque a perna direita em extensão. Levantar a perna direita o máximo que conseguir. Manter durante 5 segundos. Retoma posição inicial.
Repetir exercício com a outra perna.



Deitado para o lado direito e posteriormente para o lado esquerdo, afaste a perna que não se encontra apoiada sobre a cama, o máximo que conseguir. Mantenha durante 5 segundos.



Com os pés apoiados na cama e os joelhos fletidos. Afastar os joelhos um do outro, manter durante 5 segundos, e retomar a posição inicial.

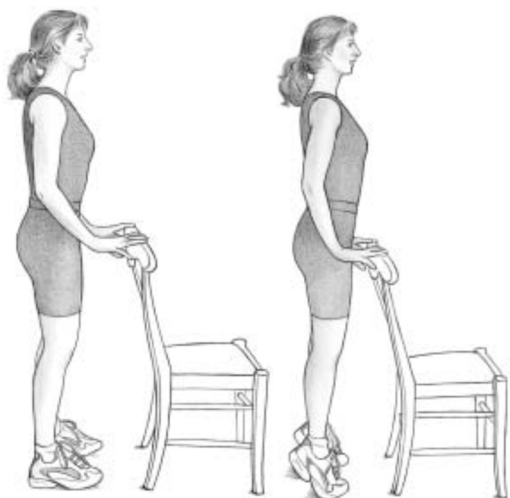


Com os pés apoiados na cama e os joelhos fletidos, empurre as nádegas e as costas para cima. Mantenha 5 segundos e retome a posição inicial.

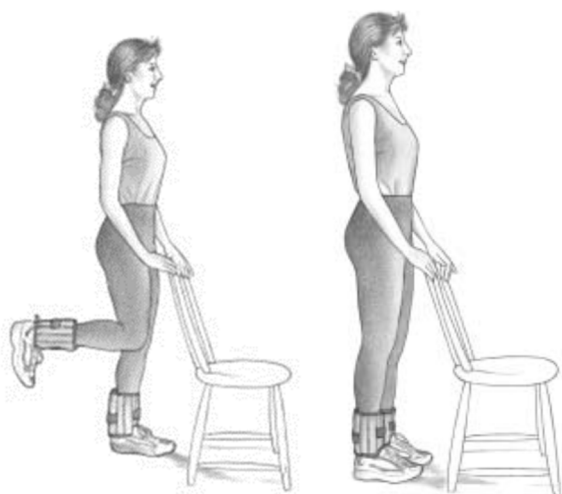
Plano de exercícios para treino de equilíbrio



Sentado, levante a perna esquerda durante 5 segundos, conforme mostra na figura. Repita para a perna direita.



Fique em pé com as mãos apoiadas na cadeira. Devagar fique na ponta dos pés levantando os calcanhares do chão, conforme mostra a figura. Manter por 5 segundos e retomar a posição inicial.



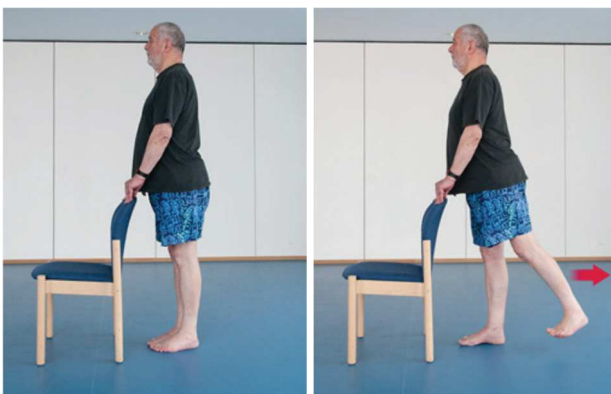
Fique em pé sobre uma perna com as mãos apoiadas na cadeira. Dobre o joelho, conforme mostra a figura. Mantenha por 5 segundos e retome a posição inicial. Fazer para ambas as pernas.



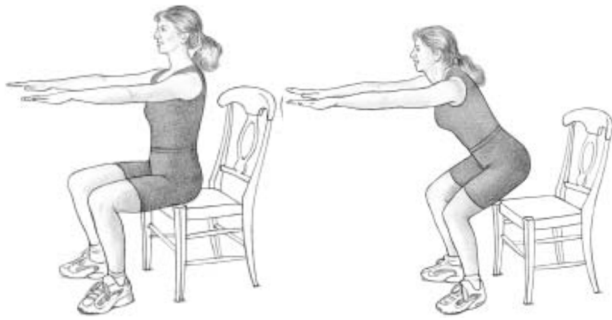
Em pé, dobre a coxa até ao máximo que conseguir, sem inclinar o tronco para a frente. Manter durante 5 segundos e retoma a posição inicial. Repetir com ambas as pernas.



Em pé, coloque as mãos na cadeira. Desvie a perna direita para o seu lado direito, o máximo que conseguir. Mantenha 5 segundos. Retome, lentamente, a posição inicial e faça o mesmo movimento com a outra perna.



Em pé, coloque as mãos na cadeira. Desvie a perna direita para trás o máximo que conseguir. Mantenha 5 segundos. Retome a posição inicial e faça o mesmo movimento com a outra perna.

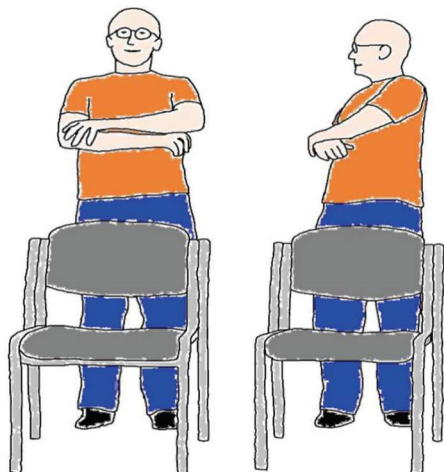


Sente-se na metade anterior do assento com os pés totalmente apoiados no chão.

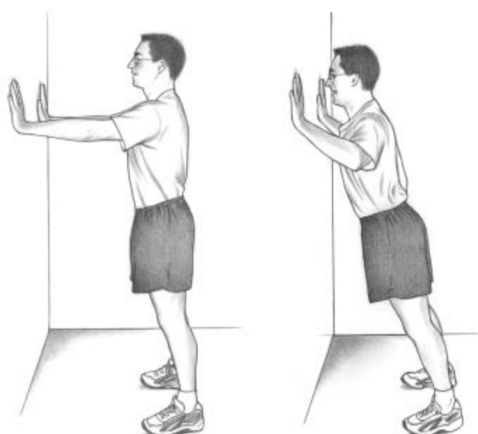
Leve o tronco para a frente ate ficar com a colona reta.

Levantar-se lentamente, sem apoiar os braços na cadeira.

Fortalecimento dos músculos do tronco



Cruze os braços, mantendo um sobre o outro.
Rode o tronco para a direita e para a esquerda, conforma mostra a figura.



Mantenha os pés afastados ao nível dos ombros.
Apoie as mãos na parede.
Efetue movimentos com os braços por forma a aproximar a face da parede.

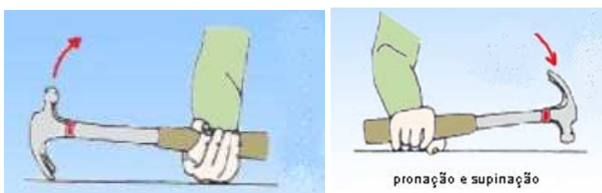
Fortalecimento dos músculos dos membros superiores

Todos os exercícios devem ser repetidos **10 vezes**.



Flexão do Punho: segure, por exemplo, uma lata de conserva com a palma da mão para cima. Devagar, dobre o punho para cima e, depois baixe o peso, retornando à posição inicial.

Extensão do Punho: segure, por exemplo, uma lata de conserva com a palma da mão para baixo. Devagar, dobre seu punho para cima e, lentamente, baixe o peso, retornando à posição inicial.



Pode substituir o cabo de martelo da figura ao lado por outro objeto. Segure-o com o seu cotovelo dobrado a 90º e apoiado em numa mesa. Devagar, faça movimento de rotação, primeiro com a palma da mão para cima e depois para baixo.



Em pé, segure um haltere ou uma lata de conserva. Dobre o cotovelo, com a palma para cima, de encontro ao seu ombro e, lentamente, retorne à posição inicial.



Flexão: levar o braço estendido para frente e para cima, ultrapassando a cabeça. Manter a posição por 5 segundos e relaxar.

Extensão: levar o braço estendido para trás. Manter 5 segundos.

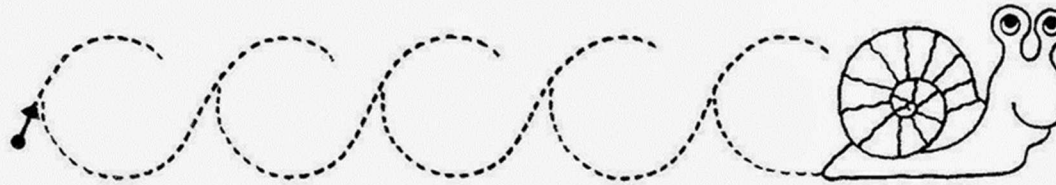
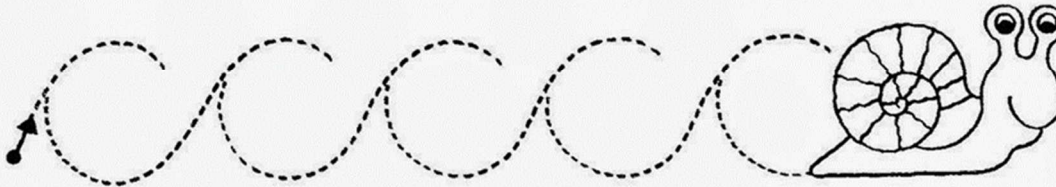
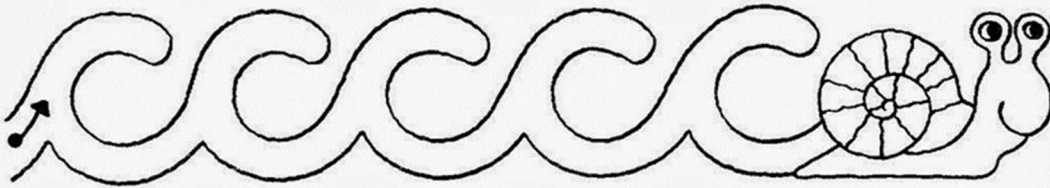
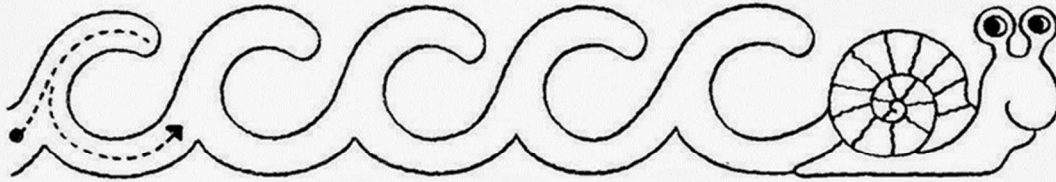


Abdução: abrir os braços estendidos, manter 5 segundos e de seguida relaxar.

APÊNDICE 2 – Plano de Exercícios 2

LOS CAMINOS DEL CARACOL

- RECORRE CADA CAMINO VARIAS VECES CON TU DEDO ÍNDICE.
- TRAZA UNA LÍNEA SIGUIENDO TODO EL RECORRIDO.

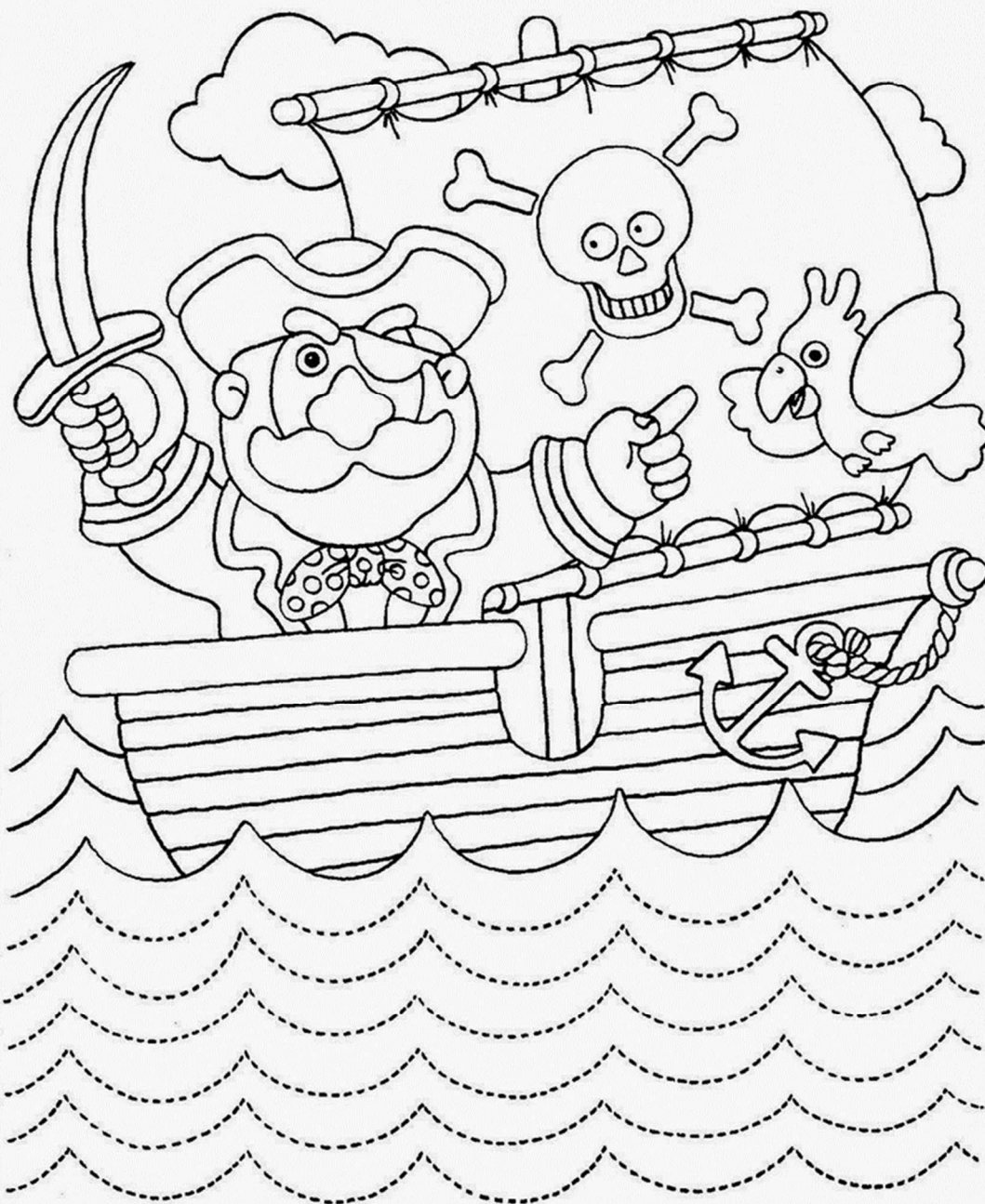


- DELINEA Y COMPLETA.



UN PIRATA EN ALTA MAR

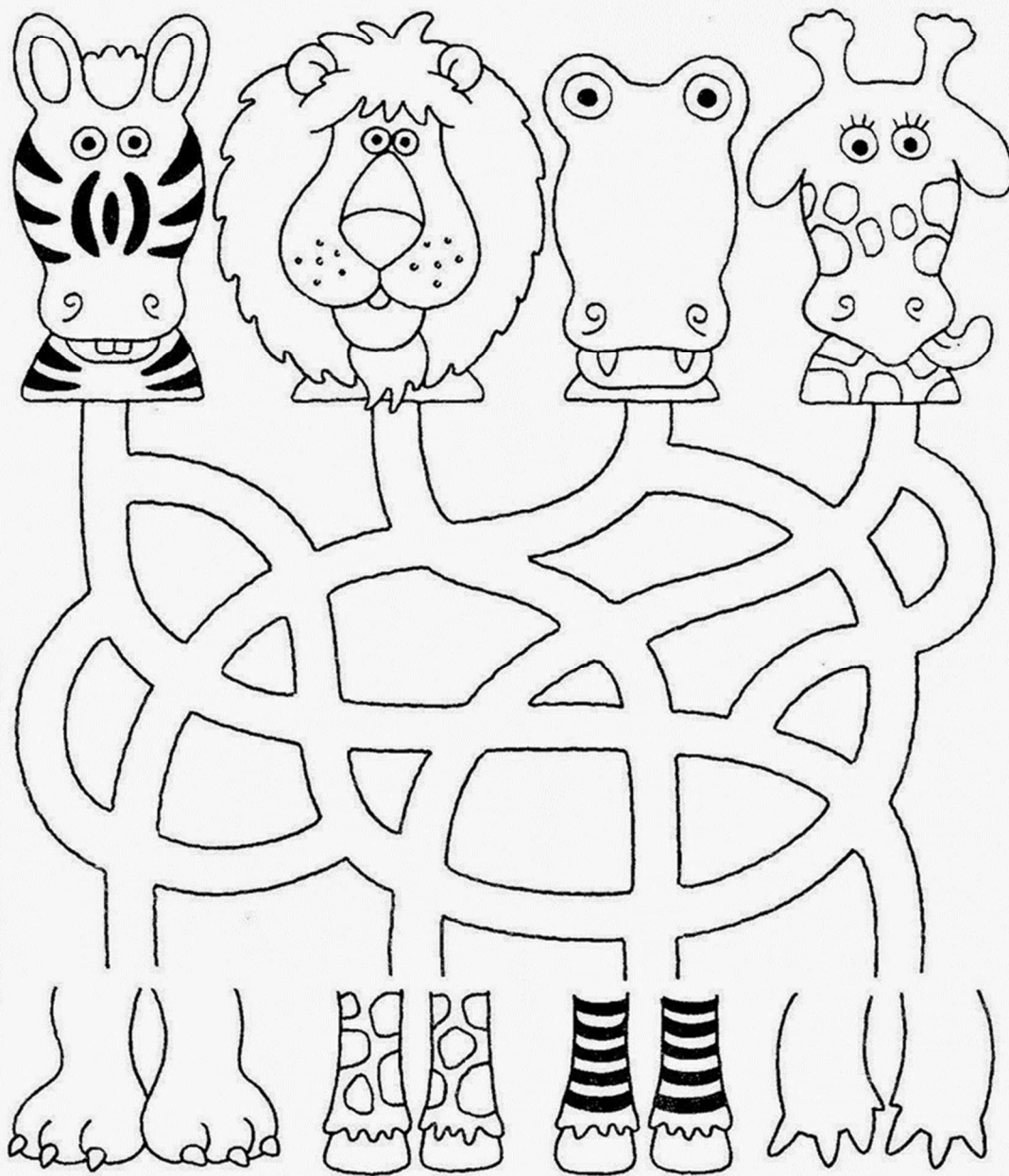
- DELINEA LAS OLAS DEL MAR.
- COLOREA EL PIRATA Y SU GALEÓN.



Este material no puede ser reproducido sin previa autorización de KEL EDICIONES S.A.

¡QUÉ ANIMALES TAN DISTRAÍDOS!

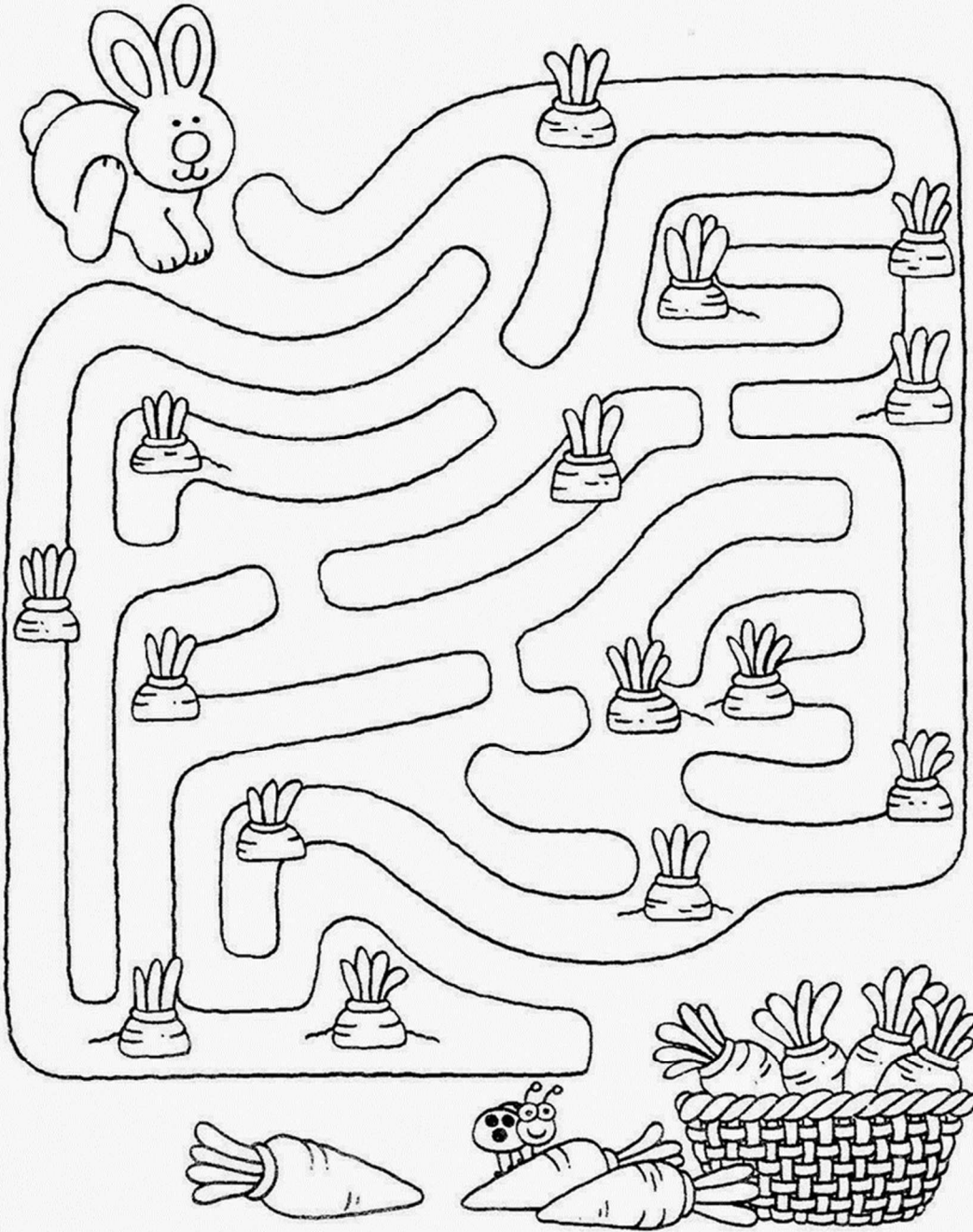
- UNE CADA ANIMAL CON SUS RESPECTIVAS PATAS.
- COLOREA LA PATA DERECHA DE CADA ANIMAL.



Este material no puede ser reproducido sin previa autorización de KEL EDICIONES S.A.

UN CONEJITO HAMBRIENTO

- AYUDA AL CONEJITO A LLEGAR AL CANASTO DE ZANAHORIAS MARCANDO EL CAMINO CORRECTO.
- COLOREA LAS ZANAHORIAS QUE ESTÁN AFUERA DEL CANASTO.



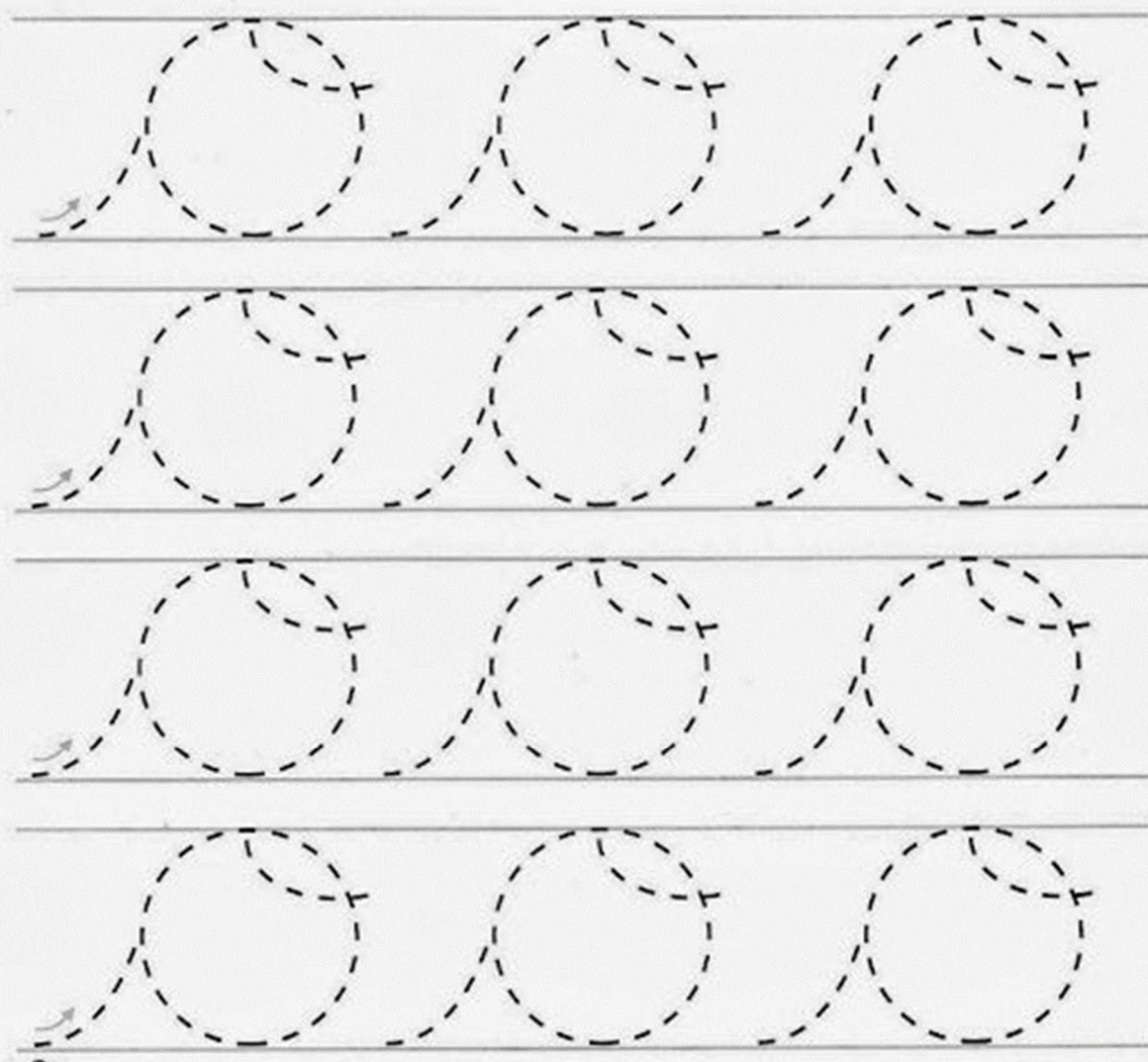
Este material no puede ser reproducido sin previa autorización de KEL EDICIONES S.A.

GRAFIMANIA

Cantando, faça a letra o!

Veja, veja, amiguinho,
Como sou bonitinho!
Eu sou todo redondinho
Pareço uma bolinha!

(Música – "A canoa virou")



b. Reescreva as frases no seu caderno, substituindo os desenhos por palavras.

○  levou a  para o .

○  colocou o  no .

 tem  anos.

 jogou a  no .

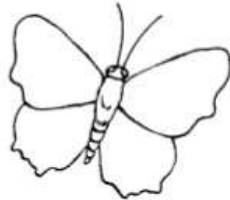
 apanhou o  e colocou na .

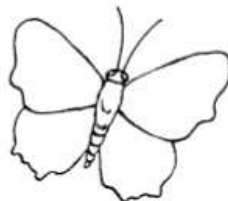
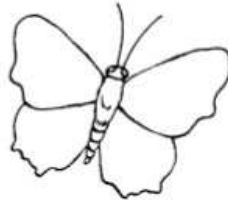
Nome: _____ Data: ____ / ____ / ____

DESCUBRA OS 7 ERROS.




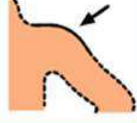

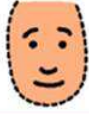


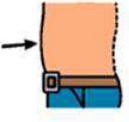


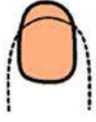








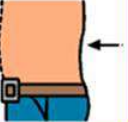




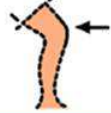




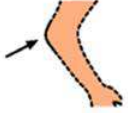






















Fonte: <http://www.ensinar-aprender.com.br>





APÊNDICE 3 – Plano de Exercícios 3

BOCA 	PESCOÇO 	NARIZ 	OMBRO 	OLHOS 	ROSTO 	DEDO 
LADO 	ESTÔMAGO 	DENTES 	PÉS 	UNHA 	MÃO 	
LÍNGUA 	DENTE 	PULSO 	BRAÇO 	PÉ 	TESTA 	CABELO 
COSTAS 	SANGUE 	CORPO 	OSSO 	CABEÇA 	JOELHO 	PERNA 
BOCHECHAS 	QUEIXO 	ORELHA 	COTOVELO 			

<p>LIGAR</p> 	<p>FORTE</p> 	<p>MAGRO</p> 	<p>FEIA</p> 
<p>MUITO GRANDE</p> 	<p>MUITO PEQUENO</p> 	<p>FRACO</p> 	<p>BONITA</p> 
<p>MOLHADO</p> 	<p>SECO</p> 	<p>DELA</p> 	<p>DELE</p> 
<p>TEU</p> 	<p>NOSSO</p> 	<p>DELES</p> 	<p>MEU</p> 
<p>TEU</p> 	<p>MEU</p> 	<p>ESQUERDA</p> 	<p>DIREITA</p> 





Fonte: <https://comunicacaoaa.wordpress.com/pecs-sistema-de-comunicacao-por-troca-de-imagens/>
acedido em 30/11/2015

APÊNDICE IV – Artigo newsletter

Dia Mundial do AVC – 29 de outubro

Em Portugal, as doenças relacionadas com o aparelho circulatório constituem a primeira causa de mortalidade (30,4%), sendo as doenças cérebro vasculares (61,4%) as mais frequentes (Direção Geral de Saúde, DGS, 2014). Neste contexto, é de extrema importância o diálogo, a partilha e a reflexão sobre as estratégias de prevenção a adotar, mas também, quando o AVC (Acidente Vascular Cerebral) já está instalado, estar atento às principais sequelas decorrentes do mesmo. Nunca é demais lembrar que o AVC é considerado um problema de saúde pública que pode afetar pessoas de todas as idades. No entanto, três quartos dos episódios ocorrem em pessoas com idade acima de 65 anos (DGS, 2014).

O AVC é caracterizado pela interrupção ou bloqueio da irrigação sanguínea que danifica parte de determinadas regiões do cérebro, tendo consequências ao nível de um conjunto de deficiências neurológicas. Entre muitas das consequências que surgem do AVC, parece-me fundamental destacar a problemática da disfagia. Na minha perspetiva, ainda se mantém subvalorizada, apesar de merecedora de grande preocupação. A disfagia resultante do AVC ocorre entre 64-78% na fase aguda, com uma prevalência de 40-81% na fase crónica da doença (World Gastroenterology Organization, WGO, 2014). Esta contribui seriamente para a desnutrição, para a deterioração da capacidade funcional e debilidade muscular, que, por sua vez, pode favorecer o agravamento da severidade da disfagia, originando um círculo vicioso que favorece o processo de fragilidade. Assim, é de extrema importância estar atento aos sinais de alerta mais frequentes, para a aspiração/disfagia, que incluem: tosse durante a refeição, regurgitação nasal, dispneia, sensação de asfixia /engasgamento, lacrimejo, rubor facial, perda de peso e a presença de resíduos alimentares na boca após a deglutição (Matsuo e Palmer, 2008; WGO, 2014).

Sónia Alexandra Abrantes Loureiro

Aluna do 8º Curso de Mestrado em Enfermagem – área de especialização em Enfermagem de Reabilitação.

Direção Geral de Saúde (2014). *Portugal – Doenças Cérebro-Cardiovasculares em números – 2014*. Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares. Lisboa: DGS. Disponível em <https://www.dgs.pt/.../portugal-doencas-cerebro-cardiovasculares-em-numeros-2014->

Matsuo K., & Palmer J. B. (2008). Anatomy and Physiology of Feeding and Swallowing – Normal and Abnormal. *Phys Med Rehabil Clin N Am*, 19 (4), 691–707.
DOI:10.1016/j.pmr.2008.06.001

World Gastroenterology Organization (2014). Dysphagia Global Guidelines & Cascades. Acedido em 26-9-2017. Disponível em <http://www.worldgastroenterology.org/UserFiles/file/guidelines/dysphagia-portuguese-2014.pdf>

APÊNDICE V - Guia de apoio ao cliente amputado

Algumas coisas que não se deve fazer



1. Não colocar almofada debaixo do coto.

2. Nem entre as pernas.

3. Nem debaixo da região lombar.

4. Nem debaixo do quadril.

5. Não dobrar as pernas quando estiver deitado na cama.

6. Não sentar com as pernas cruzadas.

7. Não deitar na cama com o coto flexionado ou fora da cama.

8. Não colocar coto sobre apoios das mãos nas cadeiras ou bengalas.

9. Não sentar com o coto flexionado.



Contactos

Telefone:
Email:

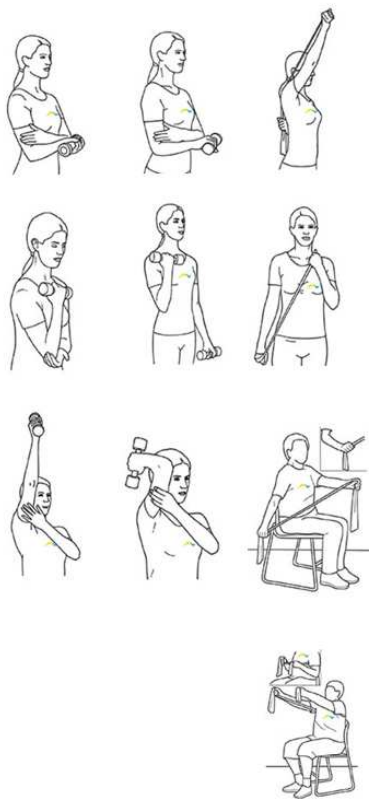
Guia de apoio para o utente amputado

Unidade de Cuidados na Comunidade do [REDACTED]

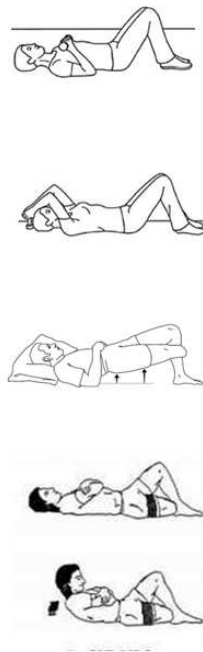
Enf. Sónia Loureiro
Aluna do Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

- 2017-

Fortalecimento dos membros superiores



Exercícios deitado



Fortalecimento dos membros inferiores



Fonte: <http://www.concursoefisioterapia.com/2010/06/amputacao-transtibial-e-fisioterapia.html>

APENDICE VI - Sessão de formação UCC



Disfagia

8º Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização Enfermagem de Reabilitação

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL)



Disfagia

- ▶ Quando o indivíduo não consegue deglutir de forma normal, estando incapacitado de manter a ingestão de alimentos de forma eficiente, podendo dar origem a alterações biológicas, sociais ou psicológicas (Glenn-Molali, 2011).
- ▶ A deglutição corresponde ao ato de engolir; uma ação semiautomática, que inclui, não só a preparação do alimento (**mastigação**), mas também o seu **transporte** para a cavidade oral para a faringe, esófago e, finalmente, para o estômago.



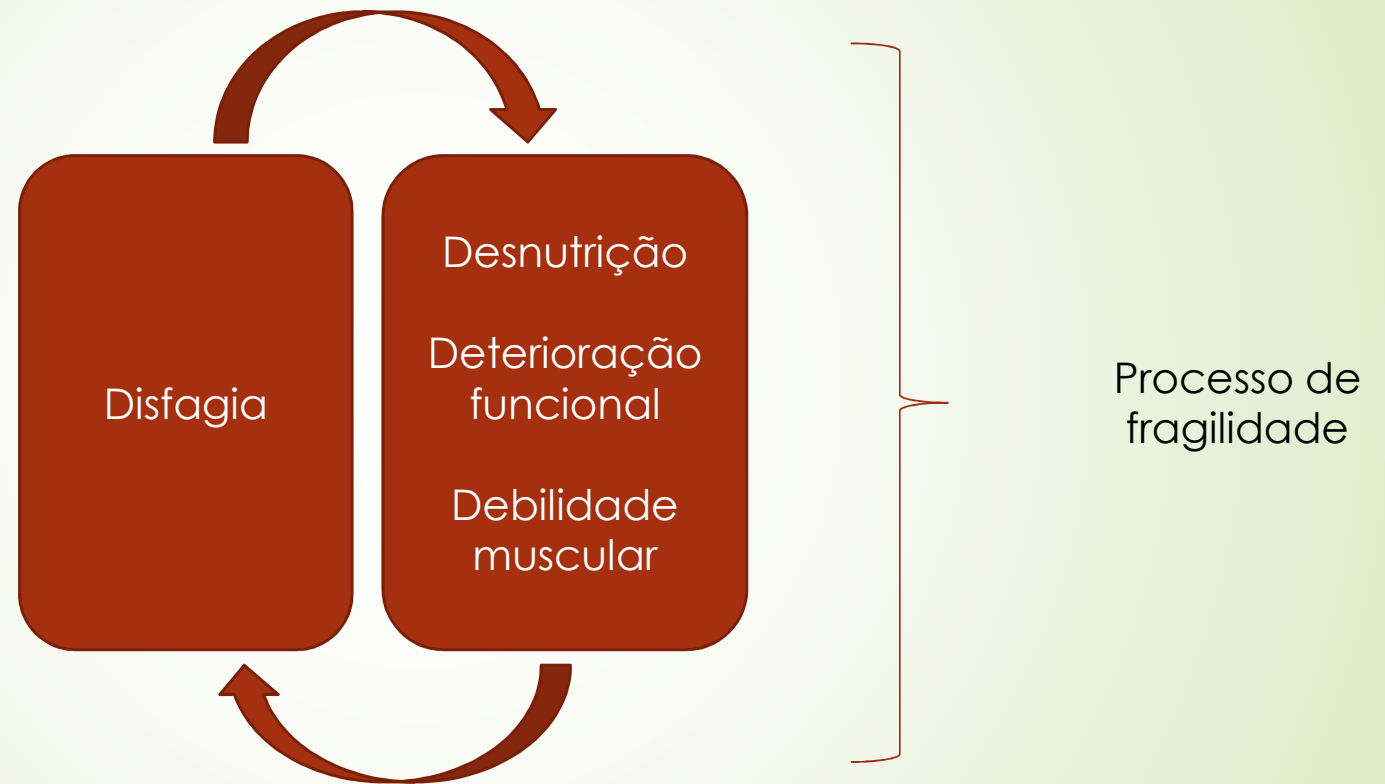
Disfagia

É um distúrbio incapacitante para o indivíduo do ponto de vista:

- **funcional** da deglutição;
- **emocional** (estando associada a estados de depressão);
- **social**, interferindo na sua relação interpessoal de convívio e lazer;
- **de prazer com a alimentação**, tendo impacto na qualidade de vida da pessoa .

(Ekberg, 2002; Farri, Accornero & Burdese, 2007; Holland et al. 2011).

Estado de arte



Serra-Prat et al. (2012)



Quais os indivíduos com
risco de disfagia?

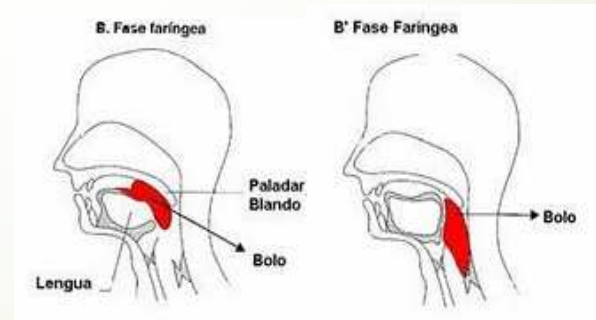
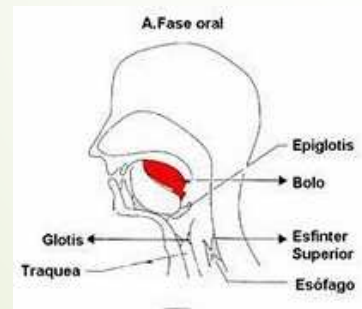
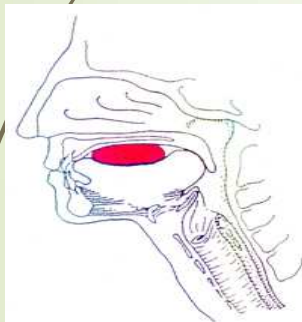
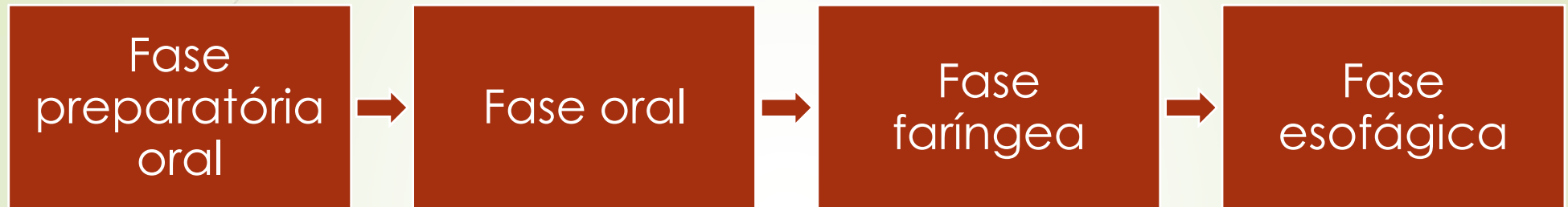
Dados epidemiológicos


Fenótipo	População	Prevalência (%)	Autoria
Idosos	indivíduos idosos que residem na comunidade	10-27%	Kawashima et al. 2004; Holland et al., 2011; Serra-Prat et al., 2011
	unidade geriátrica aguda	47,5%	Cabre et al., 2014
	idosos institucionalizados em unidades de longa duração	51%	Lin et al., 2002
Doenças neurodegenerativas	demência doença de Parkinson Alzheimer	57-84% 82% 57-84%	Martino et al., 2005; Langmore et al., 2007; Kalf et al. 2012
AVC	na fase aguda na fase crónica	64 -78% 40-81%	
Indivíduos submetidos a radioterapia	por neoplasia de cabeça e pescoço	60-75%	WGO, 2008



Fases da deglutição

Embora seja um ato rápido, a deglutição divide-se em 4 fases:





Alterações numa das fases da deglutição
pode implicar:

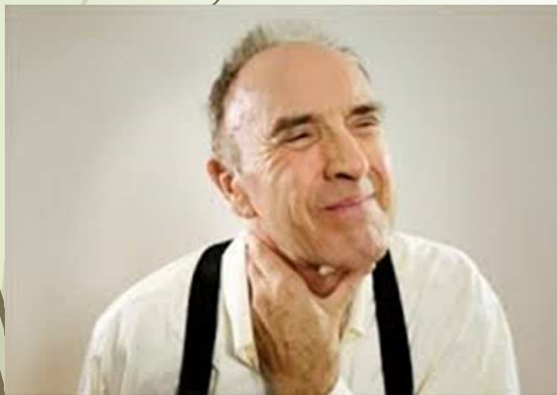
Subnutrição

Desidratação

Pneumonias

Depressão

Isolamento
social



Disfagia: Sinais de alerta a que deve estar atento

1. Tosse ou necessidade de pigarrear para limpar a garganta depois de deglutir
2. Voz alterada/molhada depois de deglutir
3. Queda de alimentos ou líquidos pela boca
4. Engasgamentos frequentes
5. Dificuldade em iniciar a deglutição (demorar muito tempo para engolir)
6. Dificuldades respiratórias depois de deglutir
7. Dificuldades na mastigação e no controlo dos alimentos/bebidas na boca
8. Resíduos na cavidade oral depois de engolir
9. Perda de peso
10. Alterações da sensibilidade na língua, lábios e bochechas
11. História de infeções pulmonares.



Cuidados a ter

Cuidados a ter



- Alimentar em ambiente tranquilo, sem distrações (TV, ruído);
- A pessoa deve estar sempre bem sentada, na cadeira, ou com a cabeceira da cama bem levantada;
- Cuidado com palhinhas (requer funções complexas da musculatura oral);
- Atenção copo “meio cheio”.
- Atenção ao arroz e água.

Cuidados a ter

- ▶ Cuidado com as próteses dentárias mal ajustadas, pois podem atrapalhar a deglutição.
- ▶ Realizar higiene oral sempre após cada refeição e verificar o estado dentário do paciente (mau estado dentário aumenta o risco de pneumonia).



Cuidados a ter

- ▶ Ter sempre em atenção se a comida que fornece se encontra na consistência recomendada (indicação para a ingestão de alimentos mais humidificado, picado ou pastoso);
- ▶ Atenção aos alimentos que alteram rapidamente a sua consistência (por exemplo: gelatinas e gelados);
- ▶ Na ingestão de líquidos nunca descurar a utilização de espessante alimentar (caso esteja recomendado).





Como utilizar o espessante?

Como utilizar o espessante



- Espere que o espessante atue (1 minuto).
- Verifique durante quanto tempo se mantém uma bebida espessada.
- Espessar a bebida imediatamente antes de a ingerir é a opção mais segura.
- O líquido deve ficar espessado de forma uniforme.



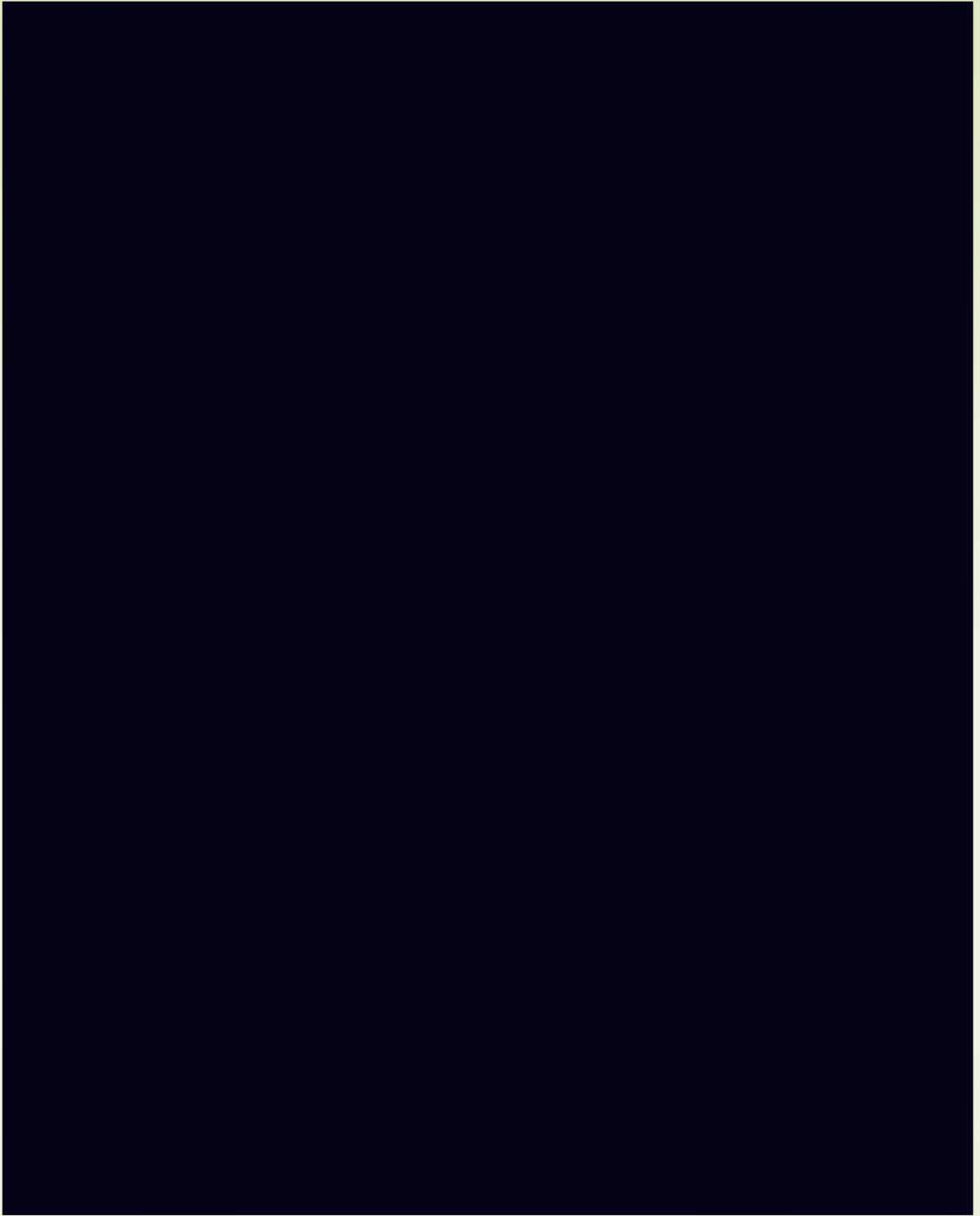
Néctar



Mel



Pudim





Referências Bibliográficas

- ▶ Ekberg O, Hamdy S, Woisard V, Wuttge-Hanning A, Ortega P. (2002) Social and psychological burden of dysphagia: its impact on diagnosis and treatment. *Dysphagia*; 17:139-46.
- ▶ Schindler A., Vincon E., Grosso E., Miletto A, Rosa R., Schindler O. (2008) Rehabilitative Management of Oropharyngeal Dysphagia in Acute Care Settings: Data from a Large Italian Teaching Hospital. *Dysphagia*; 23: 230-236. DOI: 10.1007/s00455-007-9121-4
- ▶ Johson D, Herring J., Daniels S. , (2014) Dysphagia Management in Stroke Rehabilitation. *Curr Phys Med Rehabil Rep*; 2:207–218. DOI 10.1007/s40141-014-0059-9
- ▶ Silva R. (2007) A eficácia da reabilitação em disfagia orofaríngea. *Pró-Fono Revista de Atualização Científica*; 19 (1):123-130.

APÊNDICE VII– Relatório de avaliação da formação

Relatório de Avaliação da Formação

Instituição: Data:

Serviço: Local:

Formação sobre:

Esta formação pareceu-lhe útil para:

Muito Bom
Bom
Regular
Insuficiente
Mau
Não Aplicável

A melhoria das suas funções atuais?

Este curso pareceu-lhe adequado ao seu nível de conhecimento?

O programa pareceu-lhe equilibrado e adequado para o desempenho das suas funções?

Em que medida foram correspondidas as expectativas criadas no início da formação?

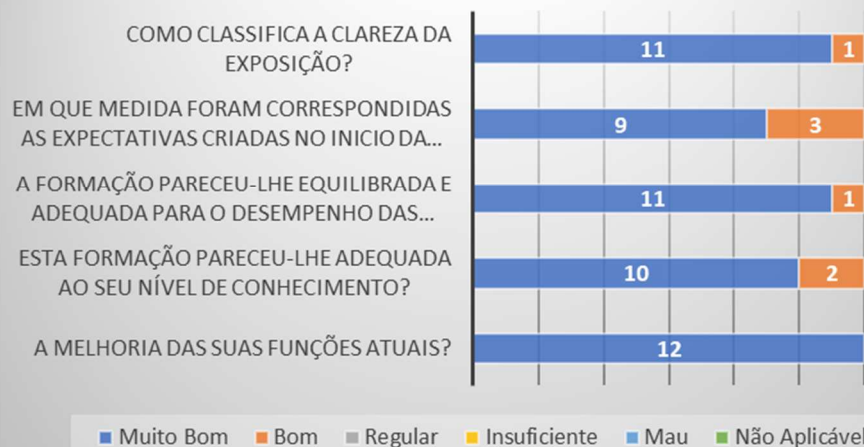
Como classifica a clareza da exposição?

Quais os aspetos que mais lhe agradaram na formação?

Quais os aspetos que mais lhe desagradaram na formação?

APÊNDICE VIII – Resultados da sessão UCC

Esta formação pareceu-lhe útil para:



APÊNDICE IX – Jornal de aprendizagem Medicina

Jornal de aprendizagem

Numa sociedade que valoriza uma política de aprendizagem ao longo da vida, a atitude crítica e reflexiva em contexto profissional é indispensável. Como capacidade de o indivíduo se voltar sobre si mesmo e sobre a sua prática profissional, a reflexão supõe a inevitabilidade de utilizar o conhecimento à medida que este vai sendo produzido, como forma de favorecer o seu crescimento pessoal e profissional.

Assim, este documento reflexivo vai ao encontro dos objetivos enunciados no projeto de estágio e pretende demonstrar a importância da atuação do EEER em contexto hospitalar, no seio da equipa multidisciplinar.

O Sr. J.A.B. encontra-se internado no serviço onde realizo estágio. Um cliente de 64 anos, com antecedentes pessoais de Leucemia linfoblástica aguda Pro-B em tratamento e Diabetes Mellitus. Veio transferido do Hospital dos Capuchos onde esteve internado de 25/10 a 15/12 de 2017, por choque séptico com ponto de partida respiratório, com necessidade de ventilação mecânica, tendo ficado traqueostomizado. Encontrava-se vígil, orientado auto e alo psicicamente. Bastante motivado e empenhado na recuperação do seu estado de saúde. Apresentava-se dependente em todos os domínios de autocuidados sendo, inclusivamente, alimentado por sonda nasogástrica. Perante estes factos, foi acompanhado por mim, enquanto aluna de mestrado em enfermagem de reabilitação e pela enfermeira orientadora de estágio, durante todo o seu percurso de internamento. As limitações motoras que apresentava (força muscular grau 3 na escala MRC, nos membros superiores e inferiores; alteração de equilíbrio estático e dinâmico sentado), devido a um período prolongado de imobilidade, tornaram-no dependente de terceiros para a satisfação das suas necessidades de autocuidado (comprometimento da marcha e transferência do cliente). O nosso objetivo foi promover a sua autonomia e independência funcional em todos os domínios do autocuidado. Efetivamente, as limitações a nível motor contribuíram para a diminuição da independência da pessoa, sendo, por isso, fundamental uma intervenção precoce do enfermeiro especialista de reabilitação no sentido de capacitar o cliente, identificando as potencialidades a desenvolver, que, quando associadas a um grau elevado de motivação e autonomia, nos permitem listar e analisar os seus desejos e expectativas, no sentido de ser traçado um plano de intervenção ajustado às suas necessidades e objetivos pessoais/ familiares (Hesbeen, 2001).

Efetivamente, este cliente estava a ser acompanhado por uma equipa multidisciplinar constituída por médico, enfermeiro generalista, enfermeiro especialista e fisioterapeuta. O enfermeiro especialista de enfermagem de reabilitação, no meu

ponto de vista, consegue olhar para o cliente de uma forma holística, estando mais desperto para as inquietações pessoais do mesmo. O enfermeiro especialista possui os conhecimentos necessários e as técnicas que permitem uma readaptação completa do indivíduo. O enfermeiro de reabilitação assume naturalmente um papel de gestor de caso, pela maior proximidade que estabelece com o cliente, sendo um elemento que deve zelar para que os cuidados sejam centrados no mesmo.

Este cliente manifestava uma grande vontade em poder alimentar-se oralmente, de sentir o sabor dos alimentos. O programa de reabilitação, conjuntamente traçado com o cliente, incluía o treino de deglutição, algo que não tinha sido sequer abordado por nenhum dos elementos da equipa multidisciplinar.

Efetivamente, constituiu uma prioridade primária, por parte da equipa médica em solicitar apoio de fisioterapia, que avaliou a função motora e respiratória.

O processo de deglutição envolve estruturas ósseas, musculares e de cartilagem do sistema respiratório e digestivo, atuando de forma coordenada para encaminhar o bolo alimentar até ao estômago, sendo que qualquer desequilíbrio pode determinar prejuízos à sua função.

De acordo com Kunigk e Chehter (2007), a entubação orotraqueal prolongada pode proporcionar lesões na cavidade oral, faringe e laringe, que causam diminuição da motricidade e da sensibilidade local e comprometem o processo da deglutição, dando origem à disfagia orofaríngea. Além disso, as funções relacionadas a essas estruturas, como a respiração, a fala e a deglutição, não são realizadas durante o período de entubação orotraqueal, propiciando diminuição da função laríngea e consequente inatividade da musculatura, neste período (Bordon et al, 2011). A disfagia pode, conseqüentemente, desencadear problemas como a desnutrição e a pneumonia aspirativa, piorando significativamente o estado clínico do cliente internado. Assim, a introdução de alimentos por via oral, nos indivíduos que foram sujeitos a um período prolongado sob ventilação mecânica oro traqueal, deve ser cuidadosa a fim de garantir a nutrição adequada e evitar complicações respiratórias.

Além disso, o cliente tal como referido anteriormente, apresentava-se, ainda, em fase de desmame da traqueostomia e, de acordo com Rodrigues et al, (2015), os indivíduos, durante esta fase, podem apresentar dificuldade para deglutir a saliva, e a possibilidade de desenvolver pneumonia aspirativa é consideravelmente elevada. Nestas circunstâncias, a deglutição pode ser claramente reabilitada com a utilização de algumas estratégias terapêuticas (Macht et al, 2013).

Dado o grau de risco elevado de aspiração que o cliente apresentava e pela sua história clínica, foi solicitada avaliação da deglutição pelo EEER, no sentido de se obterem dados concretos sobre esta função (suspeita de aspiração silenciosa) que permitissem direccionar os exercícios de treino e estabelecer comparações futuras, já que, de acordo com Partik et al, (2000), as alterações da deglutição, em indivíduos submetidos à ventilação invasiva, são transitórias e variam de acordo com o aumento do período de intubação oro traqueal.

Esta reflexão surge, por constatar que, efetivamente, o plano de reabilitação da deglutição foi tido apenas como foco de atenção pelos enfermeiros especialistas de reabilitação, o que permitiu dar início precoce a um programa de reabilitação motor, respiratório, da eliminação e da deglutição. Esta atuação resultou numa melhoria evidente das suas capacidades físicas e sociais, pela melhoria da capacidade de comunicação (fala), o que permitiu o diálogo e a interação social deste indivíduo com as restantes pessoas com quem contactava (família e profissionais de saúde).

O EEER, cumprindo os seus objetivos e aplicando os seus conhecimentos, por forma a potencializar, maximizar e capacitar o indivíduo para alcançar maior grau de independência e interação social, assumiu um papel fundamental no seio desta equipa.

Devo acrescentar, ainda, que inicialmente foi ponderada colocação de PEG sem serem incluídas estratégias de reabilitação, que implicavam o encaminhamento para a terapia da fala ou para o enfermeiro de reabilitação, para a reeducação desta função. Pela intervenção do EEER, que solicitou à equipa médica uma avaliação de deglutição, surge, posteriormente, um encaminhamento para a terapia da fala. Isto revela que, efetivamente, a reabilitação da deglutição ainda é descurada. Na realidade, não é dada a devida importância aos cuidados de reabilitação à pessoa com deglutição comprometida.

No entanto, enquanto aluna a desenvolver estágio na área de enfermagem de reabilitação, iniciei, durante o meu primeiro contacto com o cliente e mesmo antes de ser avaliado endoscopicamente, um programa de reabilitação personalizado, onde incluía também a reeducação da deglutição. De realçar, ainda, que este cliente era seguido pela equipa de fisioterapeutas que o acompanhavam num programa de reabilitação motora. O cliente só pôde iniciar um programa de reabilitação precoce, na enfermaria, pela presença do EEER, que avalia o cliente de uma forma holística, tendo em conta todos os aspetos que possam interferir na promoção da autonomia e independência funcional.

Perante estes factos, facilmente se percebe a importância do EEER em contexto de internamento hospitalar e que vão ao encontro das recomendações lançadas pela European Society for Swallowing Disorders (ESSD) (2012), ao referir que a disfagia deve ser gerida por equipas multidisciplinares que incluem, médico, enfermeiro, terapeuta da fala e especialista em nutrição.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bordon, A., Bokhari, R., Sperry, J., Testa, D., Feinstein, A., Ghaemmaghami, V (2011). Swallowing dysfunction after prolonged intubation: analysis of risk factors in trauma patients. *Am J Surg*, 202, 679–82.

European Society for Swallowing Disorders, ESSD Position Statements: Oropharyngeal Dysphagia in Adult Patients, 2nd ESSD Congress, Barcelona 25 October 2012, Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya I les Balears, CIBERehd - Instituto de Carlos III, AIAQS and ESPEN.

Hesbeen W. (2001). *A Reabilitação: criar caminhos*. Loures: Lusociência.

Kunigk , M. R. G. & Chehter. E. (2007). Disfagia orofaríngea em pacientes submetidos à entubação orotraqueal. *Rev Soc Bras Fonoaudiol*,12(4), 287-91.

Macht, M., Wimbish, T., Bodine, C., Moss, M. (2013). ICU-acquired swallowing disorders. *Crit Care Med*,41(10),2396-405.

Partik, B., Pokieser, P., Schima, W., Schoeber, E., Stadler, A., Eisenhuber,... E., (2000). Videofluoroscopy of swallowing in symptomatic patients who have undergone long-term intubation. *AJR Am J Roentgenol*,174(5),1409-12.

Rodrigues, K. A., Machado, F.R. Chiari, B. M., Rosseti, H. B., Lorenzon, P., Gonçalves, M. I. R. (2015). Reabilitação da deglutição em pacientes traqueostomizados disfágicos sob ventilação mecânica em unidades de terapia intensiva: um estudo de factibilidade. *Rev Bras Ter Intensiva*, 27(1), 64-71, DOI: 10.5935/0103-507X.20150011

APÊNDICE X – Estudo de caso Medicina



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

**8.º Curso de Mestrado na área de Especialização em Enfermagem de
Reabilitação**

Unidade Curricular: Estágio

ESTUDO DE CASO MEDICINA

Sónia Alexandra Abrantes Loureiro

Lisboa, Janeiro de 2018



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

**8.º Curso de Mestrado na área de Especialização em Enfermagem de
Reabilitação**

Unidade Curricular: Estágio

ESTUDO DE CASO MEDICINA

Sónia Alexandra Abrantes Loureiro

Orientadora: Vanda Marques Pinto

Coorientador: Ricardo Braga

Lisboa, Janeiro de 2018

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	5
1 APRESENTAÇÃO DO CLIENTE EM ESTUDO	8
2 PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	14
3 APRECIÇÃO FINAL	23
4 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	25

INTRODUÇÃO

Este trabalho encontra-se integrado no estágio que neste momento desenvolvo numa unidade hospitalar, mais especificamente numa unidade de internamento hospitalar de medicina interna. O estágio mencionado faz parte integrante do 8.º curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização de Enfermagem de Reabilitação. A realização deste trabalho surge com a finalidade de permitir ao estudante sistematizar e perceber a necessidade de intervenção do enfermeiro especialista de enfermagem de reabilitação (EEER), numa determinada situação específica, em contexto de internamento hospitalar. Tem por base a colheita de dados efetuada por meio de entrevista que é realizada junto do cliente e família, pela consulta de processo clínico do cliente referente ao período de hospitalização atual e anteriores, bem como através da semiologia clínica efetuada de forma sistemática e contínua, entre outros aspetos. (Apêndice I). Esta colheita serve de base à realização de um plano de cuidados de enfermagem de reabilitação, que surge adaptado às necessidades reais do cliente/família, elaborado tendo em conta as perspetivas pessoais e sociofamiliares da pessoa envolvida.

Trata-se do Sr.A.S.M., um cliente que se encontra internado no serviço de medicina por apresentar como diagnóstico médico uma insuficiência respiratória global crónica agudizada. Desta forma, constitui parte integrante da lista de clientes internados durante o período de realização de estágio na instituição hospitalar de saúde onde me encontro. As intervenções de enfermagem de reabilitação tiveram início no dia 6/12/17, momento que corresponde ao primeiro contacto com o cliente. A escolha deste cliente teve por base o facto de lhe ter sido identificada uma alteração no processo de deglutição.

Trata-se de um cliente que apresenta um número elevado de patologias associadas ao diagnóstico de entrada na instituição hospitalar. Suscitou-me a atenção o facto de o Sr. A.S.M ter história pessoal de AVC em 2016 e de pneumonia adquirida na comunidade em julho/agosto de 2017, duas patologias fortemente associadas à disfagia, como já referido anteriormente.

Efetivamente, a disfagia torna-se mais comum em indivíduos idosos, uma vez que a maioria das patologias que lhe dá origem estão associadas a idades

mais avançadas, como é o caso das neurológicas e/ou neurodegenerativas. A disfagia resultante do AVC ocorre entre os 64 -78% na fase aguda, com uma prevalência de 40-81% na fase crônica da doença (Martino et al., 2005).

As consequências clínicas da disfagia estão diretamente relacionadas com o prognóstico geral do cliente, e podem incluir a pneumonia aspirativa, a desnutrição e a desidratação. Tendo consciência destes pressupostos, selecionei o cliente em estudo, que passarei a descrever em pormenor.

A descrição e análise desta situação em particular, quando complementada com a apresentação do plano de intervenção de enfermagem de reabilitação, específico para este cliente, permite, também, dar resposta a quatro objetivos que me propus atingir, e que se encontram descritos no meu projeto de estágio, nomeadamente: “Adquirir competências de enfermagem de reabilitação, na avaliação do cliente com deglutição comprometida”; “Compreender a intervenção do EEER enquadrada no seio da equipa multidisciplinar; “Adquirir competências de enfermagem de reabilitação, na reeducação do cliente com deglutição comprometida” e, por fim, “Aprofundar os cuidados de enfermagem de reabilitação na prevenção de complicações relacionadas com as saúde do cliente com deglutição comprometida”. Pressupõe-se, ainda, a aquisição de competências específicas do enfermeiro especialista de enfermagem de reabilitação em todas as suas áreas de atuação. Desta forma, defino como objetivos para a elaboração deste trabalho:

- Conhecer e desenvolver estratégias de avaliação que permitam a adaptação e recuperação do cliente, com alterações da deglutição, motoras e respiratórias, na recuperação das suas necessidades de autocuidado e integração social;
- Reconhecer práticas que facilitem a implementação e planeamento de cuidados de enfermagem de reabilitação, relativamente às áreas mencionadas;
- Desenvolver capacidades de integração e interação com o cliente;
- Estabelecer prioridades no acompanhamento do cliente com necessidades de cuidados de enfermagem de reabilitação.

Para uma melhor organização dos conteúdos que serão descritos, este trabalho foi organizado da seguinte forma:

- Primeira parte: Apresentação do cliente e exposição da avaliação efetuada, segundo uma grelha de colheita de dados elaborada por mim.
- Segunda parte: Apresentação do plano de cuidados desenvolvido para o cliente, em função dos problemas/necessidades de cuidados de enfermagem de reabilitação identificadas para o mesmo.

O plano de intervenção descrito neste estudo, tem por base a linguagem CIPE, mais concretamente o Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, elaborado em 2015 pelo colégio da especialidade.

1 APRESENTAÇÃO DO CLIENTE EM ESTUDO

Trata-se do Sr. A.S.M. do gênero masculino, com 75 anos de idade, raça caucasiana, residente em Lar, reformado do ofício de carpinteiro, parcialmente dependente nas atividades de vida diárias (desloca-se em cadeira de rodas). A cunhada surge como familiar de referência, a qual não teve a oportunidade de conhecer durante o seu acompanhamento.

Antecedentes pessoais:

- Hipertensão Arterial.
- Dislipidemia.
- Obesidade.
- Síndrome coronário agudo.
- Enfarte agudo do miocárdio do tipo2 em abril de 2017.
- Insuficiência aórtica moderada.
- Insuficiência cardíaca de etiologia valvular e isquêmica.
- Doença cerebrovascular (status pós AVC isquêmico lacunar do hemisfério direito, em julho 2016 com hemiparesia esquerda e paresia facial central sequelar).
- Síndrome restritivo pulmonar grave em contexto de cifoescoliose dorsal acentuada.
- Pneumonia adquirida na comunidade em julho/agosto 2017.
- Fratura de ambos os membros superiores na adolescência.
- Cirurgia a cataratas do olho direito em junho de 2017.
- Patologia prostática.
- Insuficiência vascular dos membros inferiores.
- Queda com traumatismo craniano há cerca de 2 semanas da entrada no serviço.

Nega hábitos alcoólicos (referidos como acentuados até há cerca de 20 anos), tabágicos (ex-fumador desde há 25 anos) ou estupefacientes.

Terapêutica domiciliária:

Acido acetilsalisilico 100mg	1 vez por dia
Ticagrelor 90 mg	2 vez por dia
Sinvastatina 20mg	1 vez por dia
Hidrosmina 200mg	1 vezes por dia
Carvedilol 6,25mg ½ comprimido	2 vezes por dia
Tansulosina 0,4mg	1 vez por dia
Esomeprazol 20mg	1 vezes por dia
Seretaide diskus	2 vez por dia

Fluimucil 600mg	1 vezes por dia
Lexotan 1,5 mg	1 vez por dia
Paracetamol+tramadol 2 comprimidos	sos

História da doença atual

O cliente foi levado ao serviço de urgência no dia 04/12/17 por quadro de dispneia progressiva, hipoxemia constatada no lar e farfalheira. Perante a observação médica, o cliente encontrava-se:

- Prostrado, não reativo a estímulos verbais ou dolorosos;
- Pupilas mióticas;
- Polipneico, FR 27 com Saturação O₂ 79%;
- Auscultação pulmonar: sibilos dispersos bilaterais, ferveores;
- Auscultação cardíaca: rítmico, sem sopros.

Exames complementares de diagnóstico: GSA com O₂ a 10l: pH7.018, pCO₂ 144.7, pO₂ 67.2, HCO₃ 36.4, Saturação 82%, Lact 7.8. Analiticamente com subida de biomarcadores inflamatórios.

O cliente foi internado com as hipóteses diagnósticas de insuficiência cardíaca descompensada associada a insuficiência respiratória global e acidemia. Iniciou empiricamente antibioterapia com Ceftriaxone®. Foi transferido para o serviço de medicina.

Durante o internamento, cumpriu 10 dias de antibioterapia empírica com Ceftriaxone® com melhoria do quadro de entrada, mantém-se apirético e estável hemodinâmica. Manteve-se com broncodilatadores e oxigenioterapia, com melhoria progressiva. Analiticamente verificou-se normalização dos parâmetros inflamatórios. À data de alta, apresenta-se vígil, orientado no tempo e espaço, comunicativo, eupneico sob oxigenioterapia a 2l/min. Auscultação pulmonar com murmúrio vesicular mantido e simétrico, sem ruídos adventícios.

O Sr. A.S.M. teve alta hospitalar no dia 16/12/17, por se apresentar clinicamente estável, com indicação médica para:

- Cumprir plano de reabilitação motor;
- Levante diário e mobilizações.

2- Avaliação do cliente após admissão no serviço de internamento

Estado de consciência

Aquando da avaliação no serviço (4/12/17), o Sr. A.S.M. apresentava um score de 15 na Escala de Glasgow (Anexo 1): abertura ocular espontânea (4), com resposta verbal orientada (5) e cumprindo ordens (6).

Orientação

Autopsíquica: mantida.

Alopsíquica: mantida.

Atenção

O cliente encontra-se vígil e consegue manter a atenção numa atividade.

Memória

Memória imediata mantida.

Memória recente mantida.

Memória longo prazo mantida.

Memória remota mantida.

Linguagem

O Sr. A.S.M. apresenta um discurso espontâneo, com capacidade de compreensão, nomeação e repetição.

Negligência hemiespacial unilateral

Não apresenta neglect.

Pares Cranianos

I Olfativo	Sem alterações
II Ótico	Sem alterações
III – Motor Ocular Comum	Sem alterações.

V - Patético	Sem alterações.
V - Trigêmeo	Discreto desvio da mandíbula para o lado direito. Mantém sensibilidade da face (tátil, dolorosa e térmica).
VI - Motor Ocular Externo	Sem alterações
VII- Facial	Assimetria facial com discreto apagamento do sulco nasogeniano à direita; sialorreia após lateralização da cabeça para a direita; hipotonia labial.
VII – Vestíbulo coclear	Hipoacusia bilateral.
IX – Glossofaríngeo	Abaulamento do palato mole à direita, desvio da úvula para a esquerda, em repouso e durante a fonação.
X – Vago	Reflexo de vômito diminuído, fadiga vocal, tosse ineficaz e hipofonia. Reflexo palatal e faríngeo diminuído (sem elevação do palato mole à direita)
XI – Espinhal	Força muscular do trapézio e esternocleidomastoideu diminuídas.
XII – Grande Hipoglosso	Sem alterações.

Avaliação da força muscular pela escala *Medical Research Council Muscle Scale* (MRC) (Apêndice 2)

Grau 3 no movimento de flexão lateral cervical para a esquerda; Escapulo-umeral à esquerda- grau 3; Cotovelo esquerdo- grau 3; Punho- grau 3; Dedos- grau 3; Coxo-femural à esquerda- grau 2; Joelho- grau 2; Tíbio társica- grau 3; Dedos- grau 3.

Pescoço lateral direito grau 4; Escapulo-umeral à direita- grau 4; Cotovelo direito- grau 4; Punho direito- grau 4; Dedos mão direita- grau 4; Coxo-femural à direita- grau 4; Joelho direito- grau 4; Tíbio társica direita- grau 4; Dedos pé direito- grau 4.

Avaliação do tônus muscular pela Escala Modificada de Ashworth (apêndice 3)

Alteração do tônus muscular grau 1 do membro inferior e superior esquerdo.

Coordenação motora

Membros superiores: prova índice nariz- incapacidade para alcançar com precisão o ponto determinado quando testado com o braço esquerdo.

Membro inferior: prova calcanhar joelho- sem alterações (examinado apenas o membro inferior direito).

Avaliação da sensibilidade

Sem alterações da sensibilidade térmica, tátil e dolorosa nos vários segmentos corporais. Sem alterações da sensibilidade profunda.

Avaliação das atividades de vida diárias pelo índice de Barthel

Na avaliação do dia 06/12/17 foi atribuída ao Sr.ASM uma pontuação de 20, pelo índice de Bathel, que revela dependência grave nas suas atividades de vida diária.

Avaliação da independência funcional pela escala MIF (Medida de Independência Funcional)

No dia 06/12/17 foi atribuída um total de 37, correspondendo a um grau de dependência modificada com assistência até 50% da tarefa, segundo a escala de MIF.

Segurança do Utente

Para avaliar o equilíbrio funcional, estático e dinâmico e para predizer o risco de queda do cliente, foi aplicada a escala de equilíbrio de Berg, tendo sido obtido uma pontuação de 3, que corresponde a um risco elevado de queda e equilíbrio diminuído.

Parâmetros Vitais

T.A.: 110/82 mm/Hg

F.C:74 batimentos/min

Temperatura: 36°C

Frequência respiratória: 20 ciclos/min

Dor: 0 (Escala Numérica)

Avaliação respiratória

Tipo: torácica

Ritmo: regular

Frequência: 20 ciclos/min

Amplitude: média amplitude

Simetria: expansão torácica simétrica

Percussão torácica digito-digital: som claro pulmonar

Palpação da traqueia e torax: sem alterações

Auscultação pulmonar:

- 6/12/17: Sibilos dispersos bilaterais, ferveores.
- 11/12/17: murmúrio vesicular presente em todos os lobos pulmonares e sem ruídos adventícios.

Teste de avaliação da deglutição (correspondente á secção 2 da escala de GUSS)

- Deglutição com sucesso para semi-sólidos (2)
- Não apresenta tosse antes, durante ou após a deglutição (1)
- Não apresenta sialorreia (1)
- Sem alteração na qualidade da voz antes e após a deglutição (1)

Deglutição impossível para líquidos pelo que não se prosseguiu na aplicação da escala. O score total obtido foi de 10 (semi-sólidos com sucesso e líquidos sem sucesso) que corresponde a uma disfagia moderada com risco de aspiração.

Avaliação oromotora (complementar as avaliações anteriores)

- Não apresenta peças dentárias
- Cavidade oral húmida

2 PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

PLANO DE INTERVENÇÃO		
Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções	Avaliação
06/12/17 <ul style="list-style-type: none">Risco de queda elevado (corresponde a grau elevado quando a pessoa apresenta score entre 0-20 na escala de avaliação de equilíbrio de Berg (Apêndice))	Sistema compensatório <ul style="list-style-type: none">Monitorizar o risco de queda através da escala de Berg.Gerir o ambiente físico.Promover um ambiente seguro.	06/12/17 <p>O cliente apresenta história de queda no Lar onde reside, que resultou em traumatismo crânio-encefálico há cerca de duas semanas (anteriores ao episódio de internamento atual).</p> <p>Mantidas grades da cama sempre que o cliente permanece no leito.</p> <p>Transferência para a cadeira sempre com assistência de pessoas (ensino sobre transferência segura).</p> <p>O cliente apresenta medo em cair durante a transferência da cama para a cadeira pelo que participa pouco durante a transferência.</p>

PLANO DE INTERVENÇÃO

Diagnósticos de Enfermagem	Intervenções	Avaliação
<p>06/12/17 - Equilíbrio corporal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Equilíbrio corporal comprometido (avaliado pela escala de Berg). • Potencial para melhorar o conhecimento sobre técnica de equilíbrio. • Sem potencial para melhorar capacidade para usar técnica de equilíbrio corporal. 	<p>Sistema compensatório e de apoio- educação</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar equilíbrio corporal. - Avaliar conhecimento sobre técnica de equilíbrio corporal. - Ensinar sobre técnica de equilíbrio corporal. - Avaliar a capacidade para executar a técnica de equilíbrio corporal. - Planejar treino de equilíbrio corporal. - Executar técnica de treino de equilíbrio. - Estimular a manter o equilíbrio corporal. - Monitorizar equilíbrio corporal através da escala de Berg. 	<p>6/12/17: Efetuados exercícios de treino de equilíbrio estático e dinâmico com o cliente sentado no leito e posteriormente quando se encontrava sentado no cadeirão (duas sessões no turno da manhã). Permanece sentado por dois minutos com supervisão.</p> <p>11/12/17: É capaz de permanecer sentado com segurança e com firmeza por 2 minutos.</p>

PLANO DE INTERVENÇÃO

Diagnósticos de Enfermagem	Intervenção	Avaliação
<p>06/12/17</p> <ul style="list-style-type: none"> • Risco de rigidez articular: • Potencial para melhorar o conhecimento sobre técnicas de exercícios musculares e articulares. • Potencial para melhorar capacidades para executar técnicas de exercício muscular e articular. 	<p>Sistema compensatório, parcialmente compensatório e de apoio-educação</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar o movimento articular. - Executar técnica de exercícios músculo articular ativo-assistido (membro superior esquerdo), ativo resistido (membro superior e inferior direito) e passivo (membro inferior esquerdo). - Avaliar o conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular. - Ensinar sobre técnicas de exercício muscular e articular. - Incentivar o exercício muscular e articular. 	<p>6/12/17: Efetuadas duas sessões, no turno da manhã, de exercícios músculo articular definidas para o cliente (efetuadas mobilizações de todos os segmentos corporais 10 repetições, de acordo com a capacidade de participação do cliente). A resistência ao movimento foi efetuada com balões de soro fisiológico de 250ml.</p>

PLANO DE INTERVENÇÃO

Diagnóstico de Enfermagem	Intervenção	Avaliação
<p>06/12/17</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ventilação comprometida 	<p>Sistema parcialmente compensatório e de apoio-educação</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar a respiração - Avaliar a ventilação -Executar cinesiterapia respiratória (abertura costal global; abertura costal seletiva a direita e esquerda) -Assistir na técnica de posicionamento (correção postural) -Executar técnicas respiratórias (reeducação abdomino-diafragmática anterior); -Gerir oxigenioterapia (O2 a 2l/min) -Monitorizar frequência respiratória -Monitorizar saturação de O2 - Planejar a atividade física - Vigiar a ventilação 	<p>06/12/17 esforço respiratório para médios esforços. Saturação de O2 de 94%</p> <p>11/12/17: sem esforço respiratório.</p> <p>6/12/17: após auscultação pulmonar, verifica-se a presença de sibilos dispersos bilaterais.</p> <p>11/12/17: murmúrio vesicular presente em todos os lobos pulmonares e sem ruídos adventícios.</p> <p>6/12/17: pele e mucosa labial normocoradas; ritmo respiratórios regular, respiração mista de amplitude superficial; expansão torácica simétrica.</p> <p>11/12/17: respiração de amplitude normal; saturação de O2 98%.</p>

PLANO DE INTERVENÇÃO

Diagnóstico de enfermagem	Intervenção	Avaliação
<p>06/12/17</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deglutição comprometida; • Potencial para melhorar o conhecimento sobre exercícios de deglutição; • Potencial para melhorar conhecimento sobre técnicas de deglutição; • Potencial para melhorar capacidade para executar exercícios de deglutição; • Potencial para melhorar capacidade para usar técnicas de deglutição. 	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar a capacidade de deglutição (avaliação neurológica, morfodinâmica das estruturas envolvidas no processo de deglutição, avaliação postural da cabeça e pescoço); - Monitorizar deglutição pela escala de Guss (2/2dias, se houver alteração do estado clínico ou presença de sinais de disfagia perante a dieta instituída); - Gerir dieta; - Planear dieta; - Posicionar a pessoa (evitar decúbito dorsal); - Supervisionar a deglutição; - Avaliar o conhecimento sobre exercícios de deglutição; - Avaliar conhecimento sobre técnicas de deglutição; 	<p>06/12/17: Efetuada a avaliação de deglutição que contempla informação já referenciada no quadro da avaliação neurológica apresentado anteriormente.</p> <p>De facto, o cliente movimenta a língua, mas tem dificuldade no encerramento labial, por hipotonia, o que compromete a fase preparatória oral e fase oral (interferindo na propulsão do alimento na cavidade oral).</p> <p>Dificuldade em deglutir a saliva, quando esta se acumula no lado direito da cavidade oral, apresenta sialorreia (mais evidente quando o cliente faz flexão da cabeça para o lado direito). Assistido no posicionamento, preferencialmente, em decúbito lateral, quando permanecia no leito.</p>

	<p>-Avaliar capacidade para executar exercícios de deglutição;</p> <p>- Avaliar capacidade para usar técnicas de deglutição;</p> <p>-Providenciar material educativo (apêndice);</p> <p>- Ensinar sobre técnicas de deglutição: técnica de consistência adaptada; técnica sensorial: mudança no sabor e temperatura; técnica postural: flexão lateral para o lado são + flexão cervical.</p> <p>- Instruir sobre técnicas de deglutição: técnica de consistência adaptada; técnica sensorial: mudança no sabor e temperatura; técnica postural: flexão lateral para o lado são + flexão cervical.</p> <p>- Treinar sobre técnicas de deglutição: técnica de consistência adaptada; técnica sensorial: mudança no sabor e</p>	<p>Após aplicação da escala de GUSS, conclui-se:</p> <ul style="list-style-type: none">• Deglute alimentos de consistência pastosa com segurança quando colocados no lado esquerdo da cavidade oral. Quando colocados no lado direito, há um atraso no reflexo de deglutição muito provavelmente pela hipotonia oral do lado direito, por isso foram fornecidos os alimentos com colher na região posterior da língua à esquerda. Além disso foi sugerido o aumento do volume do bolus de alimento por melhorar a percepção deste na cavidade oral, e desta forma contribuiu-se, também, para aumentar a estimulação sensitiva.
--	--	---

	<p>temperatura; técnica postural: flexão lateral para o lado sã+ flexão cervical.</p> <p>- Treinar exercícios de deglutição: exercícios de resistência muscular: lábios, língua, palato mole e mobilidade laríngea.</p>	<ul style="list-style-type: none">• disfagia para líquidos: introdução de espessante na consistência mel. <p>Providenciada dieta pastosa. Aos purés de fruta foram adicionadas gotas de ácido cítrico.</p> <p>Por falta de peças dentárias não consegue mastigar alimentos sólidos (não foi testada esta consistência).</p> <p>Boa participação na correção postural da cabeça durante o processo de deglutição.</p> <p>Efetuosos exercícios de resistência muscular: lábios, língua, palato mole e mobilidade laríngea em 2 sessões por turno.</p> <p>Assistido na realização da higiene oral após as refeições.</p> <p>8/12/17: Conhecimento sobre exercícios de deglutição, melhorado.</p>
--	---	---

		<p>8/12/17: Conhecimento sobre técnicas de deglutição, melhorado.</p> <p>8/12/17 capacidade para executar exercícios de deglutição, melhorada.</p> <p>8/12/17 capacidade para usar técnicas de deglutição, melhorada.</p> <p>A informação relativa aos exercícios e à técnica de deglutição foi descrita na carta de alta de enfermagem, uma vez que o cliente reside em lar e não teve visitas durante o internamento hospitalar.</p> <p>Não foi possível ensinar, instruir ou treinar o cuidador formal do cliente.</p>

3 APRECIÇÃO FINAL

De ressaltar que, apesar das técnicas e exercícios implementados, foi sugerida avaliação da deglutição através da avaliação endoscópica da mesma dado o historial de infeções respiratórias apresentadas nos últimos meses. De acordo com a WGO (2014) os clientes com emagrecimento persistente e infeções respiratórias recorrentes devem ser estudados com brevidade. Tão importante como a avaliação invasiva da deglutição do cliente em estudo é garantir que as medidas de reabilitação e reeducação sejam efetuadas de forma controlada e contínua, no sentido de melhorar esta função, e assegurar que é feita de forma segura e eficiente. Neste caso concreto, e dada a situação sociofamiliar do cliente em estudo, não foi possível ensinar, instruir e treinar o cuidador formal, bem como alertá-lo para possíveis complicações que poderão estar associadas à disfagia, caso seja negligenciado o processo de deglutição e todos os cuidados inerentes a ele. De salientar, também, o facto de apesar deste cliente ser considerado de risco para o desenvolvimento de disfagia (dados os antecedentes pessoais de AVC, idade e história de pneumonia anterior), esta função nunca tinha sido avaliada e monitorizada, o que vem confirmar a ideia referida pela WGO (2014) de que a disfagia é uma patologia muito subestimada e mal-entendida.

Efetivamente, é fundamental, e tal como corrobora a European Society for Swallowing Disorders (ESSD) (2012), a implementação de um programa de rastreio de disfagia estruturado, em ambiente hospitalar.

Sugiro, e indo ao encontro das declarações defendidas pela ESSD, a criação de uma equipa multidisciplinar de avaliação da disfagia que contemple uma equipa treinada composta por médicos, enfermeiros, terapeutas da fala e especialista em nutrição, que possa igualmente assegurar cuidados de longa duração e de reabilitação.

Embora as evidências sobre a reabilitação na disfagia necessitem de maior qualidade e pesquisa controlada, é fundamental que esta seja assegurada precocemente, após identificado o diagnóstico de deglutição comprometida.

Em jeito de conclusão, de salientar que efetivamente um plano de intervenção só é verdadeiramente eficaz e eficiente quando existe uma continuidade de cuidados. Neste caso concreto, não foi possível assegurar que, de facto, as recomendações efetuadas relativas aos exercícios de fortalecimento muscular, às técnicas posturais e alterações de dieta sejam, efetivamente, bem executadas ou até mesmo cumpridas pelos prestadores de cuidados. O diálogo e a partilha sobre a temática em causa são verdadeiramente fundamentais para a prevenção de complicações e para a adoção de estratégias seguras que contribuam para uma deglutição segura e eficiente.

4 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

European Society for Swallowing Disorders (2012). ESSD Position Statements: Oropharyngeal Dysphagia in Adult Patients, 2nd ESSD Congress, Barcelona 25 October 2012.

Ordem dos Enfermeiros (2015). Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Porto: Ordem dos Enfermeiros.

World Gastroenterology Organization (2014). Dysphagia Global Guidelines & Cascades. Disponível em <http://www.worldgastroenterology.org/UserFiles/file/guidelines/dysphagia-portuguese-2014.pdf>

APÊNDICE XI – Instrumento de colheita de dados

1. DADOS PESSOAIS	
Nome: Cuidador informal: Agregado familiar: Situação social e habitacional: Situação educacional: Situação religiosa: Dimensão da QDV afetada: Nível de ansiedade ou preocupação do cliente em relação as suas incapacidades: Data de admissão no serviço:	
2. HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL	
Diagnóstico médico de internamento:	
Motivo de internamento:	
Historia da doença:	
Evolução durante o internamento:	
Exames complementares de diagnostico	
Data de alta:	
3. HISTÓRIA DA DOENÇA PREGRESSA	
Antecedentes pessoais:	
Terapêutica ambulatoria:	
Fatores de risco:	
Hábitos de vida anteriores:	
4. EXAME FÍSICO GERAL	
4.1. Avaliação neurológica:	
Estado de consciência: Score da Escala de Glasgow (abertura ocular/resposta verbal/resposta motora)	
Orientação (Autopsíquica; Alopsíquica):	
Atenção (Normal; Sonolento; Desatento; Não colaborante):	
Memória: Imediata (informação nos ult 15-20 seg) Recente 1- curto prazo (5-10 min) 2- longo prazo (+ 30min) Remota:	
Linguagem (discurso espontâneo; compreensão, nomeação, repetição, leitura, escrita): Afasia: Disartria: Apraxia: Normal:	

Negligencia hemiespacial unilateral:			
4.1.1. PARES CRANIANOS:			
I – Olfativo (parosmia, hiposmia, anosmia, sem alteração):			
II – Ótico a) acuidade visual- amaurose ambliopia, cegueira. b) Campo de visão (hemianopsia homónima direita/hemianopsia homónima esquerda)			
III- Motor ocular comum /IV- Patético/ VI- Motor ocular externo a) reação pupilar a estímulo luminoso: anisocoria /isocoria. Tamanho e forma da pupila. b) movimentos conjugados do globo ocular (H) nistagmo ptose palpebral			
V- Trigêmeo <i>a) <u>Sensibilidade</u></i> (Térmica, Tátil, Dolorosa) Divisão oftálmica Divisão maxilar Divisão mandibular <i>b) <u>Movimento músculos mastigadores</u></i> (fechar a mandíbula e fazer protração, retração, movimentos de lateralidade e abrir a mandíbula) <i>c) <u>Músculos milo-hioideu</u></i> (puxa osso hioide para cima e para a frente, elevando a base da língua e pressionando-a contra o palato) <i>d) <u>Musculo digástrico anterior</u></i> (levanta e anterioriza o osso hioide) <i>e) <u>Musculo tensor do véu do palato</u></i> (mantem a tensão no palato mole, evitando que a comida passe da cavidade oral para a nasofaringe) Observação:			
VII- Facial			
a)Sensibilidade 2/3 anterior língua(digeusia/ageusia)	Doce (açúcar)	Salgado (sal)	Amargo (limão)
<i>b) <u>Músculos da face</u></i> (sorrir, mostrar os dentes, assobiar, abrir muito a boca, encher as bochechas com ar, enrugando a testa, fechar os olhos com força)	Simetria facial Paralisia facial periférica: D E Paralisia facial Central: D E	Apagamento sulco Nasogeniano: D E	
VIII- estado-acústico Divisão coclear (acuidade auditiva) Divisão coclear (<u>teste Rinne</u>) CO CA Divisão vestibular (equilíbrio estático e dinâmico sentado e de pé) <u>Teste de Romberg</u> (Olhos fechados 1 min, calcanhares unidos)			

IX- Glossofaríngeo e X- Vago

- a) Observar posição da úvula e palato mole em repouso, durante a respiração e durante a fonação. Solicita-se que produza som tipo “a-a-a”, resposta normal elevação do palato mole e úvula, com esta última centrada. Paresia unilateral a úvula desvia-se para o lado sã e o palato mole fica mais elevado do lado sã, achatamento do lado afetado
- b) Verificar alteração do som produzido: hipofonia, afonia, voz bitonal rouquidão voz nasalada
- c) Avaliar **reflexo de vômito** (tocar na faringe ou palato mole)
- Avaliar **reflexo faríngeo** (tocar lateralmente na orofaringe com espátula, na região do pilar anterior).

Reflexo palatal (ao tocar no palato mole ou úvula)

Observação:

XI – Espinhal

Força muscular esternocleidomastóideo e trapézio.

Observação:

XII- Grande Hipoglosso

Solicita-se a realização de protusão da língua e de movimentos da língua (força contra o abaixador/espátula e que empurre a língua contra a bochecha), observar se existem desvios, movimentos irregulares ou assimetrias. No caso de paresia deste par craniano existe um desvio para o lado da paresia.

Observações:

4.2. FORÇA MUSCULAR

Cabeça e Pescoço	Flexão:
	Extensão:
	flexão lateral esquerda:
	flexão lateral direita:
	Rotação:
Membro superior	
Escapulo-umeral	Flexão
	extensão
	adução
	abdução
	Rotação interna
	Rotação externa
Cotovelo	flexão
	extensão
Antebraço	Pronação
	Supinação
Punho	Flexão palmar
	Dorsi-flexão
	Desvio radial
	Desvio cubital
	Circundação
Dedos	flexão

	extensão
	adução
	abdução
	circundação
	Oponência do polegar
Membro inferior	
Coxo-femural	flexão
	extensão
	adução
	abdução
	Rotação interna
	Rotação externa
joelho	flexão
	extensão
Tibio-társica	Flexão plantar
	Flexão dorsal
	inversão
	eversão
dedos	flexão
	extensão
	adução
	abdução
<p style="text-align: center;">MOVIMENTO MUSCULAR: medical research council muscle scale (MRC)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 0 (sem contração muscular palpável ou visível), • 1 (contração palpável ou visível, mas sem movimento do membro), • 2 (movimento sem vencer a gravidade ao longo da quase totalidade da amplitude articular), 3 (movimento que vence a gravidade ao longo da quase totalidade da amplitude articular, mas não vence resistência), • 4 (movimento contra resistência moderada ao longo da totalidade da amplitude articular, que vence a gravidade) • 5 (força normal) 	




4.3. TÓNUS MUSCULAR																					
Quadro 1 - Escala de Ashworth modificada																					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;">Grau</th> <th>Observação clínica</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>Tónus normal.</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>Aumento do tónus no início ou no final do arco de movimento.</td> </tr> <tr> <td>1+</td> <td>Aumento do tónus em menos da metade do arco de movimento, manifestado por tensão abrupta e seguido por resistência mínima.</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Aumento do tónus em mais da metade do arco de movimento.</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Partes em flexão ou extensão e movidos com dificuldade.</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Partes rígidas em flexão ou extensão.</td> </tr> </tbody> </table>								Grau	Observação clínica	0	Tónus normal.	1	Aumento do tónus no início ou no final do arco de movimento.	1+	Aumento do tónus em menos da metade do arco de movimento, manifestado por tensão abrupta e seguido por resistência mínima.	2	Aumento do tónus em mais da metade do arco de movimento.	3	Partes em flexão ou extensão e movidos com dificuldade.	4	Partes rígidas em flexão ou extensão.
Grau	Observação clínica																				
0	Tónus normal.																				
1	Aumento do tónus no início ou no final do arco de movimento.																				
1+	Aumento do tónus em menos da metade do arco de movimento, manifestado por tensão abrupta e seguido por resistência mínima.																				
2	Aumento do tónus em mais da metade do arco de movimento.																				
3	Partes em flexão ou extensão e movidos com dificuldade.																				
4	Partes rígidas em flexão ou extensão.																				
4.4. COORDENAÇÃO MOTORA																					
a) Avaliação da coordenação motora dos membros superiores (prova índice-nariz)																					
b) Avaliação da coordenação motora do MInf (prova calcanhar joelho)																					
Observações:																					
4.5 SENSIBILIDADE																					
		Face		MS		MI															
		D	E	D	E	D	E														
Avaliação	Térmica																				
	Dolorosa																				
	Tátil																				
	Postural																				
	Vibratória																				
5. OUTROS DADOS COMPLEMENTARES																					
Presença de dispositivos:																					
Sonda nasogástrica:																					
Gastrostomia:																					
Traqueostomia:																					
Capacidades de gerir as secreções orais:				Deglutição espontânea	Frequência reduzida	ineficaz															
				Sob ordem apenas	Escape extraoral	engasgamento															
Padrão respiratório:				FR:	SPO2:																
				Espontânea:																	
				O2:																	
Postura/controlo da cabeça (normal ou controlo reduzido):				Cabeça Pesçoço	Tronco																

Apetite (normal/reduzido):			
mucosa oral : língua rósea e limpa: língua seca: língua com lesões: faringe (palato mole e úvula):			
Higiene oral:	Negligenciada:	Cuidada	
Estado dentário: Prótese dentária: Ausência de dentes:	Sim:	Não:	
	<ul style="list-style-type: none"> • Total superior: • Total inferior: • Parcial superior • Parcial inferior 		
6. TESTE DE DEGLUTIÇÃO (secção 2 da escala GUSS)			
Seguir a ordem	1→	2→	3→
	Semi-Sólido	Líquido	Sólido
Deglutição <ul style="list-style-type: none"> • Deglutição impossível • Deglutição demorada (>2seg.) (Sólidos >10seg) • Deglutição com sucesso 	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
TOSSE (involuntária) (antes, durante ou após a deglutição-até 3 minutos após) <ul style="list-style-type: none"> • Sim • Não 	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
SIALORREIA <ul style="list-style-type: none"> • Sim • Não 	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
ALTERAÇÃO DA VOZ (Escutar a voz antes e após a deglutição – o doente deve dizer “O”) <ul style="list-style-type: none"> • Sim • Não 	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1

APÊNDICE XII – Plano de exercícios

PLANO DE EXERCÍCIOS PARA FORTALECIMENTO MUSCULAR DA CAVIDADE ORAL

Deve repetir-se cada movimento 5 a 10 vezes em 5 a 10 sessões diárias.

Lábios	
 <p>Mande beijinhos .</p>	 <p>Efetue movimentos de sucção.</p>
 <p>Faça movimentos com os lábios como se estivesse a assobiar.</p>	 <p>Segurar a espátula entre os lábios.</p>
Língua	
 <p>Coloque a língua o máximo possível fora da boca e para manter, mantenha dois segundos e depois relaxar.</p>	



Mova a língua para o canto direito da boca, e depois canto esquerdo, manter dois segundos e relaxar.



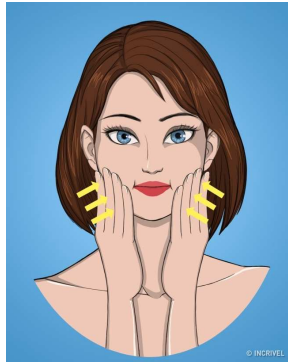
Mova a língua para cima e para baixo, mantenha dois segundos em cada posição e relaxar.



Eleve a ponta da língua colocando-a junto á face interna dos dentes, manter dois segundos e relaxar.

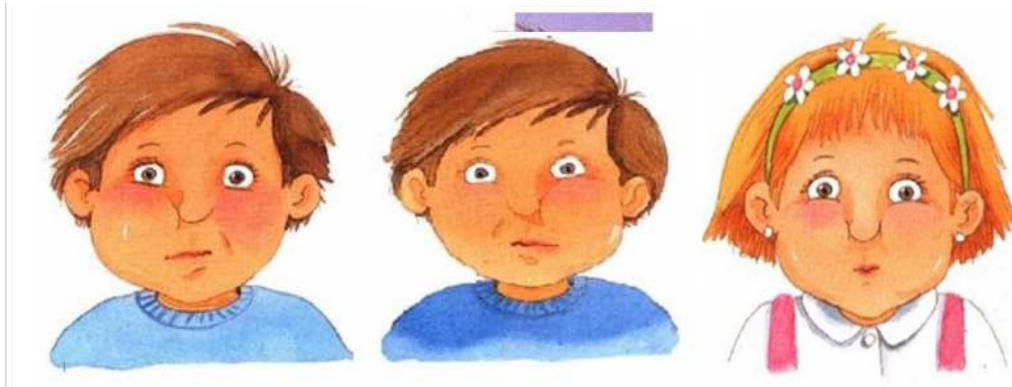


Empurre a língua contra a espátula e mantenha por dois segundos.



Em alternativa, faça pressão externa com os dedos contra as bochechas, movendo a língua lateralmente.

Bochechas



Insufle as bochechas de forma unilateral ou bilateral.

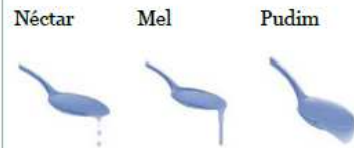
Pode, posteriormente, fazer o mesmo procedimento e depois fazer pressão com as mãos, mantendo os lábios fechados para aumentar a força.

Fonte: <https://ericasitta.wordpress.com/2015/05/06/exercicios-de-motricidade-orofacial-para-criancas/>

APÊNDICE XIII – Panfleto disfagia

CUIDADOS A TER DURANTE AS REFEIÇÕES

- ♦ Na ingestão de líquidos nunca descorar a utilização do espessante, quando recomendado. A consistência adequada para o seu tipo de disfagia é:



- ♦ Introduza alimentos apenas quando tiver a certeza de que foram engolidos os anteriores.
- ♦ Durante a ingestão de líquidos evite beber pelo copo “meio cheio” para não inclinar a cabeça para trás.
- ♦ Após as refeições deve realizar uma boa higiene oral e permanecer sentado no mínimo durante 30 min.



Como utilizar o espessante alimentar?

- Esperar que o espessante atue (1 minuto).
- Verificar durante quanto tempo se mantém um a bebida espessada.
- Espessar a bebida imediatamente antes de a ingerir é a opção mais segura.
- O líquido deve ficar espessado de forma uniforme.

Referências Bibliográficas:

Altman KW, Yu G, & Schaefer SD. (2010). Consequences of dysphagia in the hospitalized patient: Impact on prognosis and hospital resources. Archives of Otolaryngology-Head & Neck Surgery; 136(8), 784-789.

Holland C., Jayasekaran V., Pendleton N., Horan M., Jones M., Hamdy S. (2011) Prevalence and symptom profiling of oropharyngeal dysphagia in a community dwelling of an elderly population: a self-reporting questionnaire survey. Dis Esophagus; 24(7):476-80.

World Gastroenterology Organization (2014). Dysphagia Global Guidelines & Cascades.

Elaborado por: Enf. Sónia Loureiro (aluna do curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização de Enfermagem de Reabilitação).

Alteração da deglutição/Disfagia

Cuidados Gerais



Guia para o utente e cuidador

O que é a Disfagia?

A dificuldade em iniciar a deglutição ou a sensação de que alimentos sólidos e/ou líquidos estão retidos na transição da boca para o estômago (WGO,2014).



Quais os sinais de alerta?

1. Tosse ou necessidade de pigarrear para limpar a garganta depois de deglutir;
2. Voz alterada/molhada depois de deglutir;
3. Queda de alimentos ou líquidos pela boca;
4. Engasgamentos frequentes;
5. Resíduos na cavidade oral depois de engolir.

CONSEQUENCIAS DA DISFAGIA

- ◆ SUBNUTRIÇÃO
- ◆ DESIDRATAÇÃO
- ◆ PNEUMONIA
- ◆ ISOLAMENTO SOCIAL
- ◆ DEPRESSÃO

(Altman, Yu e Schaefer, 2010; Holland et al. 2011)

CUIDADOS A TER DURANTE A REFEIÇÃO

- ◆ Alimentar em ambiente tranquilo, sem distrações (TV, ruído);
- ◆ Estar sempre bem sentada, na cadeira, ou com a cabeceira da cama bem levantada;
- ◆ Não falar ao mesmo tempo que come;

CUIDADOS A TER DURANTE A REFEIÇÃO (CONTINUAÇÃO)

- ◆ Prestar atenção aos alimentos que alteram rapidamente a sua consistência (ex: gelatinas e gelados);
- ◆ Evitar alimentos difíceis de mastigar e engolir(arroz, frutos secos);
- ◆ Colocar pouca quantidade de comida de cada vez (use uma colher mais pequena);
- ◆ Mastigar bem os alimentos;
- ◆ Utilizar uma prótese dentária bem ajustada.



APÊNDICE XIV - Cartaz disfagia



Cuidados a ter na Alimentação e Ingestão de líquidos

Nome: _____

- Evite distrações.
- A refeição deve decorrer sem pressa.
- Manter elevada a cabeceira da cama a 70-90 graus.
- Adicione espessante aos líquidos ingeridos, na consistência de:



Néctar <input type="checkbox"/>	Mel <input type="checkbox"/>	Pudim <input type="checkbox"/>
---------------------------------	------------------------------	--------------------------------



APÊNDICE XV – Sugestões para alteração de norma de Disfagia

Titulo: Avaliação e cuidados de enfermagem à Pessoa com deglutição comprometida

1- Registos

Os registos deverão ser efetuados no aplicativo SClínico de acordo com o seguinte:

- No item processo de enfermagem: foco **DEGLUTIÇÃO**, com o respetivo status do diagnostico: comprometido em grau reduzido (deglute com dificuldade líquidos e sólidos); em grau moderado (não deglute líquidos); em grau elevado (não deglute líquidos e sólidos).

2 – Cuidados de enfermagem à pessoa com deglutição comprometida

2.1 – Cuidados Gerais para adaptação á disfagia

- Alimentar em ambiente tranquilo, sem distrações (TV, Ruído);
- A pessoa deve estar sempre bem sentada, na cadeira, ou com a cabeceira da cama bem levantada;
- Cuidado com palhinhas (requer funções complexas da musculatura oral);
- Atenção copo “meio cheio”, implica que a pessoa efetue hiperextensão da cabeça.
- Atenção ao arroz e água, por serem difíceis de controlar na cavidade oral.
- Alimentar com a prótese dentaria bem ajustada para não atrapalhar a deglutição.
- Realizar higiene sempre após a refeição. A falta de higiene oral pode levar a colonização bacteriana da orofaringe por agentes patogénicos respiratórios. Mantendo a cavidade oral limpa pode reduzir a incidência de Pneumonia.
- Ter sempre em atenção se a comida que se fornece se encontra na consistência recomendada.
- Atenção aos alimentos que alteram rapidamente a sua consistência.
- Na ingestão de líquidos nunca descorar a utilização de espessante alimentar, quando recomendado, e deve ser administrado na consistência aconselhada.

- Se possível, incentivar a pessoa a alimentar-se sozinha uma vez que se acionam os automatismos da deglutição, facilitando o processo.
- Utilizar talheres de sobremesa cajo seja necessário controlar a quantidade do bolo alimentar. A colher deve ser colocada na metade posterior da língua, pressionando ligeiramente para baixo.

A alimentação oral deverá ser protelada se após a avaliação inicial, se verificarem as seguintes situações:

- Estado estuporoso;
- Sem reflexo de deglutição nem de tosse;
- Parésia ou assimetria franca na elevação do palato mole;
- Desvio acentuado da úvula com diminuição ou ausência do reflexo de vomito;
- Tosse (ou outro sinal de aspiração) quando deglute;
- Atraso no reflexo de deglutição;
- Alteração no tom de voz (rouquidão, voz nasalada, hipofonia e afonia);
- pneumonias de repetição.

Perante estas circunstancias deve ser informado o médico, enfermeiro especialista ou terapeuta da fala.

3 - Cuidados de enfermagem de reabilitação na deglutição

De acordo com a Sociedade Europeia de Deglutição (2012) todos os utentes com diagnóstico e disfagia orofaríngea devem ter um programa de reabilitação individualizado e de acordo com a melhor evidência científica disponível. O tratamento individualizado baseado na evidência inclui a modificação da textura e bolus da dieta, ajuste posturais conjuntamente com terapias à base de estimulação. Os principais objetivos da reabilitação á pessoa com disfagia são: a melhoria do tónus muscular; precisão e a funcionalidade das partes moles envolvidas no processo da deglutição e estimulação das vias aferentes para um reflexo eficaz da deglutição (Menoita et al., 2014).

3.1- Fortalecimento Muscular

Os exercícios de fortalecimento muscular devem ser executados preferencialmente em frente a um espelho, para que a pessoa visualize a

execução dos mesmos. Além disso, a pessoa deve estar preferencialmente sentada (90°).

Exercícios de fortalecimento dos lábios: retrain, lateralizar, segurar espátula entre os lábios, soprar e assobiar (Pauloski,2008).

Exercícios de fortalecimento da língua: lateralizar a língua; elevar a língua em direção ao palato duro; protruir a língua, retrain a língua, “varrer” com a língua o palato antero-posteriormente; produzir sons tipo “k” ou “G” mantendo a língua nessa posição 2 segundos e depois relaxar, empurrar as bochechas com a ponta de língua (Pauloski,2008).

Exercícios de fortalecimento do palato mole: Soprar; sugar, emitir sons como “aaaaaa,ãããããã”.

Exercícios de mobilidade laríngea: execução de escalas musicais; emitir sons graves e agudos intercalados; emitir curvas melódicas; bocejar; emitir “uuuuuh” com a língua retraída. Efetuar 30 vezes os exercícios de Saker que visam melhorar o movimento hiofaríngeo e uma melhor abertura do esfíncter cricofaríngeo. Nestes exercícios a pessoa deve estar deitada solicitando-lhe que levante a cabeça até conseguir visualizar os seus pés. A boca deve permanecer fechada e deve levantar apenas o pescoço (Logemann, 2008).

3.2 – Posturais e técnicas e deglutição compensatórias

Posturais compensatórias

Flexão da cervical: esta postura permite esconder a valécula (a epiglote cobre melhor as vias aéreas) diminuindo o risco de aspiração. É considerada útil em pessoas com atraso no reflexo de deglutição, diminuição na elevação da laringe, redução da retração da língua e redução no encerramento laríngeo. A manobra evita que os alimentos progridam rapidamente para a parede posterior da faringe (Logemann,2008).

Extensão cervical: (elevar a cabeça para trás) : permite que os alimentos se desloquem mais rapidamente ao longo da cavidade oral. Quando utilizada esta técnica a pessoa deve ter uma correta ativação da fase faríngea e bom

encerramento da via aérea. Utiliza-se quando os movimentos da língua são reduzidos.

Rotação cervical para o lado afetado: permite aumentar a adução das cordas vocais, encerra a faringe do lado para o qual a cabeça esta lateralizada, fazendo com que o bolo alimentar prossiga pelo lado oposto. É, por isso, utilizada quando existe uma parésia unilateral da faringe ou laringe e/ou lesão unilateral das cordas vocais (Logemann, 2008; Pauloski,2008).

Flexão lateral para o lado são: permite que o bolo seja dirigido para o lado são da faringe, minimizando o risco de aspiração. Desta forma, o bolo é encaminhado pela ação da gravidade para o lado são, evitando o contacto deste com as estruturas afetadas (Logemann, 2008; Pauloski,2008).

Técnicas de deglutição compensatórias

“Double swallow” ou deglutição múltipla: consiste em deglutir duas vezes seguidas. Utilizada em pessoas com alteração no controlo do bolo alimentar.

“Hard swallow” : indicada para pessoas que apresentem alterações na protecção da via aérea. Solicita-se à pessoa que degluta com vigor.

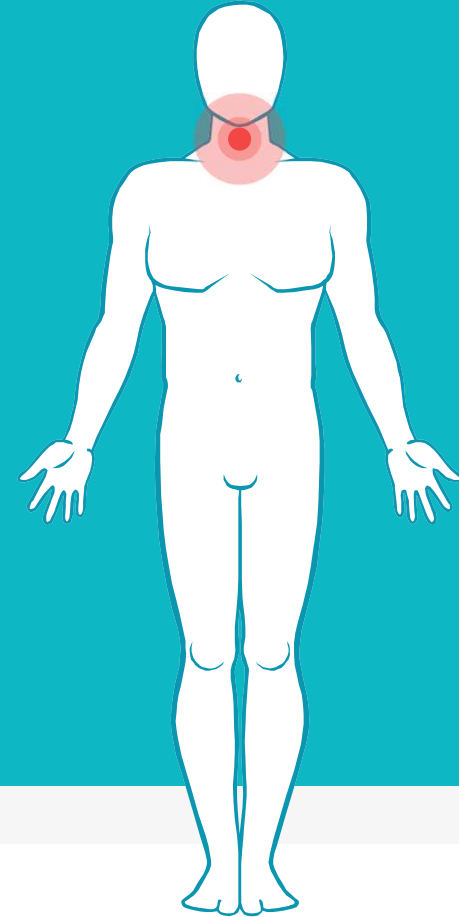
“Lip Pursing” ou pressão labial: solicita-se que a pessoa mantenha os lábios fechados com a ajuda da mão. Esta técnica é utilizada em situações de hipotonia labial e/ou alteração no controlo do bolo alimentar dentro da cavidade oral (ex. paresia facial) (Pauloski,2008).

4 - Adequação da dieta

A consistência da dieta deve adequar-se as características da disfagia, nomeadamente qual a fase da deglutição onde reside o problema. A adequação da dieta deve surgir de acordo com o resultado da avaliação que é feita após aplicação da escala de GUSS. Ao resultado encontram-se associadas recomendações que deveram ser adotadas.

APÊNDICE XVI – Sessão de formação Medicina

A PESSOA COM DISFAGIA



Sónia Loureiro

8º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização Enfermagem de Reabilitação
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL)

INTRODUÇÃO

DISFAGIA

Quando o indivíduo não consegue deglutir de forma normal, estando incapacitado de manter a ingestão de alimentos de forma eficiente, podendo dar origem a alterações biológicas, sociais ou psicológicas (Glenn-Molali, 2011).

DEGLUTIÇÃO

A deglutição corresponde ao ato de engolir, uma ação semiautomática, que inclui, não só a preparação do alimento (mastigação), mas também o seu transporte da cavidade oral para a faringe, esófago e, finalmente, para o estômago.

DISFAGIA

É um distúrbio incapacitante para o indivíduo do ponto de vista:

- funcional** da deglutição;
- emocional** (estando associada a estados de depressão);
- social**, interferindo na sua relação interpessoal de convívio e lazer;
- de prazer com a alimentação**, tendo impacto na qualidade de vida da pessoa.

Ekberg, 2002; Farri, Accornero & Burdese, 2007; Holland et al. 2011

ESTADO DE ARTE



Serra-Prat et al. (2012)

ESTADO DE ARTE

- Na presença de disfagia, a mortalidade aumenta bem como a taxa de complicações que lhe estão associadas(Altman KW, Yu G, & Schaefer SD, 2010).
- A disfagia relacionada com o AVC aumenta as despesas médicas após o AVC em quase 25% (Bonilha et al., 2014).
- Nos indivíduos com doença de Parkinson, a presença de disfagia levou ao aumento dos custos na saúde de mais de 10%(Makaroff et al., 2011).

ESTADO DE ARTE

- Na doença de Alzheimer, a disfagia, tem sido associada a um aumento de 40% no total de despesas de saúde (Tian et al., 2013).
- A disfagia é uma patologia muito **subestimada e mal-entendida** (WGO,2014).

2. INDIVÍDUOS EM RISCO

INDIVÍDUOS EM RISCO

FENÓTIPO	POPULAÇÃO	PREVALÊNCIA	AUTORIA
Idosos	indivíduos idosos que residem na comunidade	10 - 27%	Kawashima et al. 2004; Holland et al., 2011; Serra-Prat et al.,
	unidade geriátrica aguda	47,5%	Cabre et al., 2014
	Institucionalizados em unidades de longa duração	51%	Lin et al., 2002

INDIVÍDUOS EM RISCO

FENÓTIPO	POPULAÇÃO	PREVALÊNCIA	AUTORIA
Doenças neurodegenerativas	Demência Doença de Parkinson Alzheimer	57 – 84% 82% 57 – 84%	Martino et al., 2005; Langmore et al., 2007; Kalf et al. 2012
AVC	na fase aguda na fase crónica	64 – 78% 40 – 81%	
Indivíduos submetidos a radioterapia	por neoplasia de cabeça e pescoço	60 – 75%	WGO, 2008

3.

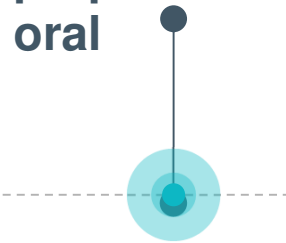
FASES DA DEGLUTIÇÃO

4 FASES

Embora seja um ato rápido, a deglutição divide-se em 4 fases.

FASES DA DEGLUTIÇÃO

Fase preparatória oral



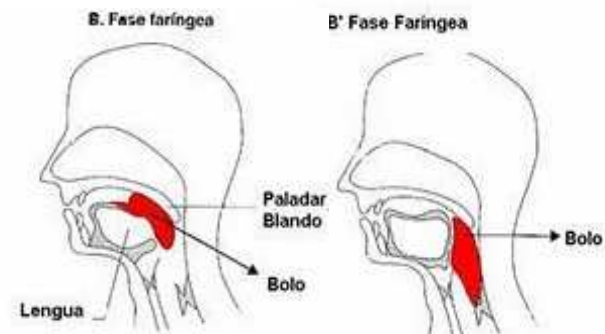
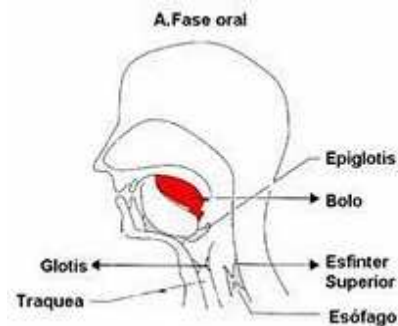
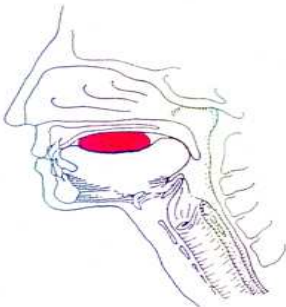
Fase oral



Fase faríngea



Fase esofágica



CONSEQUÊNCIAS DA DISFGIA

Alterações numa das fases da deglutição pode implicar:

- Subnutrição;
- Desidratação;
- Pneumonias;
- Depressão;
- Isolamento Social.

SINAIS DE ALERTA

Sinais de alerta:

- Tosse ou necessidade de pigarrear para limpar a garganta depois de deglutir;
- Voz alterada/"molhada" depois de deglutir;
- Queda de alimentos ou líquidos pela boca;
- Engasgamentos frequentes;

SINAIS DE ALERTA

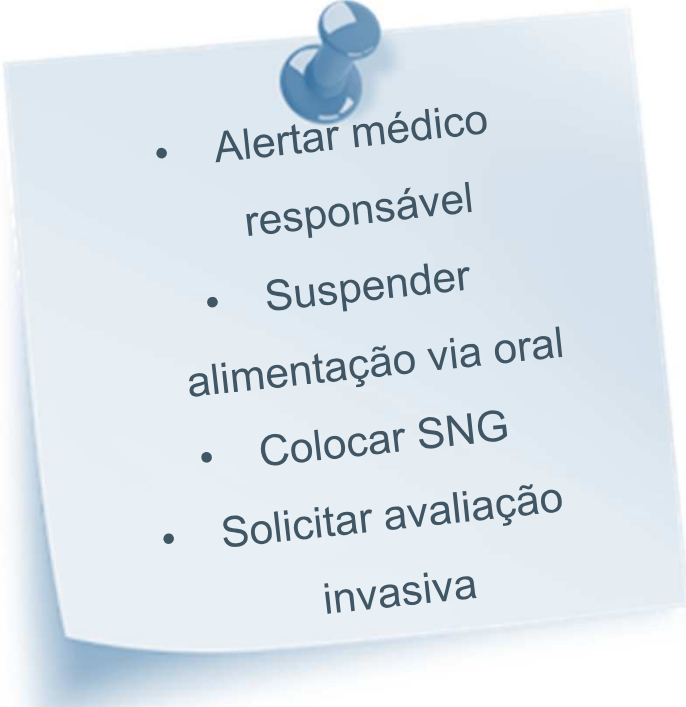
Sinais de alerta:

- Dificuldade em iniciar a deglutição (demorar muito tempo para engolir);
- Dificuldades respiratórias depois de deglutir;
- Dificuldades na mastigação e no controlo dos alimentos/bebidas na boca;

SINAIS DE ALERTA

Sinais de alerta:

- Resíduos na cavidade oral depois de engolir
- Perda de peso;
- Alterações da sensibilidade na língua, lábios e bochechas;
- História de infeções pulmonares.

- 
- Alertar médico responsável
 - Suspende alimentação via oral
 - Colocar SNG
 - Solicitar avaliação invasiva

4.

CUIDADOS GERAIS

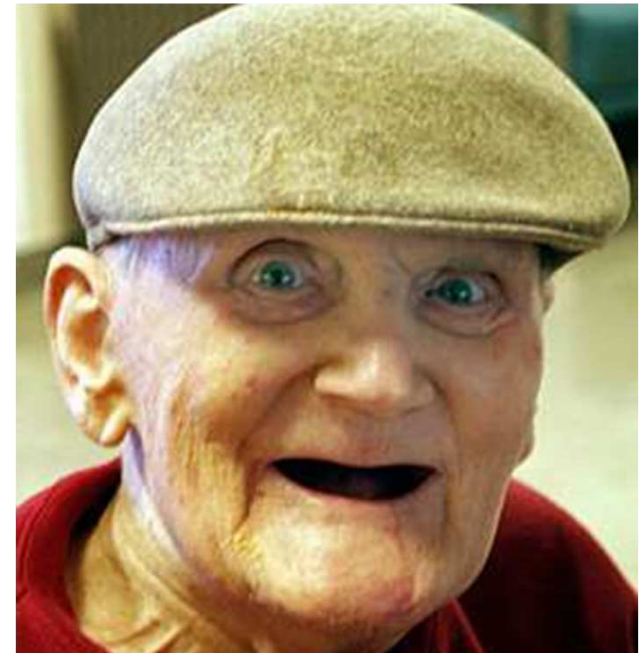
CUIDADOS GERAIS

- Alimentar em ambiente tranquilo, sem distrações (TV, ruído);
- A pessoa deve estar sempre bem sentada, na cadeira, ou com a cabeceira da cama bem levantada;
- Cuidado com palhinhas (requer funções complexas da musculatura oral);
- Atenção copo “meio cheio”.
- Atenção ao arroz e água.



CUIDADOS GERAIS

- Cuidado com as próteses dentárias mal ajustadas, pois podem atrapalhar a deglutição.
- Realizar higiene oral sempre após cada refeição e verificar o estado dentário do cliente (mau estado dentário aumenta o risco de pneumonia).



CUIDADOS GERAIS

- Ter sempre em atenção se a comida que fornece se encontra na consistência recomendada (indicação para a ingestão de alimentos mais humidificado, picado ou pastoso);
- Atenção aos alimentos que alteram rapidamente a sua consistência (por exemplo: gelatinas e gelados);
- Na ingestão de líquidos nunca descurar a utilização de espessante alimentar (caso esteja recomendado).



CUIDADOS GERAIS

Como utilizar o espessante?

- Espere que o espessante atue (1 minuto).
- Verifique durante quanto tempo se mantém uma bebida espessada.
- Espessar a bebida imediatamente antes de a ingerir é a opção mais segura.
- O líquido deve ficar espessado de forma uniforme.



5. CRITÉRIOS DE QUALIDADE

Critérios de qualidade na intervenção de enfermagem face à pessoa com deglutição comprometida.

CRITÉRIOS DE QUALIDADE

Objetivos dos critérios de qualidade:

- Uniformizar os cuidados de enfermagem na avaliação da deglutição;
- Detetar precocemente alterações na deglutição;
- Prevenir complicações decorrentes da disfagia;
- Iniciar precocemente a reabilitação da deglutição;
- Promover a adaptação do cliente/prestador de cuidados à disfagia.

CRITÉRIOS DE QUALIDADE

CrITÉrios de qualidade	Observações
Anamnese e exame físico	Avaliação Inicial
Avaliação morfodinâmica das estruturas anatômicas envolvidas na deglutição. Avaliação dos pares cranianos envolvidos.	Avaliação inicial a realizar pelo enfermeiro de reabilitação
Execução do teste de ingestão oral (Escala de GUSS).	Antes de se iniciar a alimentação, sempre que existir suspeitas de deglutição comprometida, e caso seja seguro após as avaliações anteriores.

CRITÉRIOS DE QUALIDADE

Critérios de qualidade	Observações
Reavaliações sistemáticas de acordo com protocolo do serviço (48/48H).	Enfermeiro generalista/ Enfermeiro de reabilitação
Implementação de medidas gerais de adaptação à disfagia	Enfermeiro generalista
Medidas de enfermagem de reabilitação na deglutição (exercícios de fortalecimento muscular dos lábios, língua e palato mole; exercícios de resistência muscular da região cervical e exercícios de controlo do bolo alimentar)	Enfermeiro de reabilitação

CRITÉRIOS DE QUALIDADE

Critérios de qualidade	Observações
Implementação de posturas e técnicas de deglutição compensatórias	Enfermeiro de reabilitação
Adequação da dieta à alteração da deglutição	Enfermeiro generalista

CRITÉRIOS DE QUALIDADE

- Estado estuporoso;
- Sem reflexo de deglutição nem de tosse;
- Parésia ou assimetria franca na elevação do palato mole;
- Desvio acentuado da úvula com diminuição ou ausência do reflexo de vômito;
- Tosse, quando deglute;
- Atraso no reflexo de deglutição;
- Alteração na qualidade da voz (rouquidão, hipofonia e voz “molhada”).

**Protelar a
ingestão via oral**

Informar:
- Médico
- Terapeuta da
fala
- Enfermeiro
de reabilitação

CRITÉRIOS DE QUALIDADE

Os **registos** deverão ser efetuados no aplicativo *SCLínico* de acordo com o seguinte:

- No item processo de enfermagem: foco **DEGLUTIÇÃO**, com o respetivo status do diagnóstico:
 - comprometido em grau reduzido (deglute com dificuldade líquidos e sólidos);
 - em grau moderado (não deglute líquidos);
 - em grau elevado (não deglute líquidos e sólidos).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ekberg O, Hamdy S, Woisard V, Wuttge-Hanning A, Ortega P. (2002) Social and psychological burden of dysphagia: its impact on diagnosis and treatment. *Dysphagia*; 17:139-46.
- Schindler A., Vincon E., Grosso E., Miletto A, Rosa R., Schindler O. (2008) Rehabilitative Management of Oropharyngeal Dysphagia in Acute Care Settings: Data from a Large Italian Teaching Hospital. *Dysphagia*; 23: 230-236. DOI: 10.1007/s00455-007-9121-4
- Johson D, Herring J., Daniels S. , (2014) Dysphagia Management in Stroke Rehabilitation. *Curr Phys Med Rehabil Rep*; 2:207–218. DOI 10.1007/s40141-014-0059-9
- Silva R. (2007) A eficácia da reabilitação em disfagia orofaríngea. *Pró-Fono Revista de Atualização Científica*; 19 (1):123-130.
- World Gastroenterology Organization (2014). *Dysphagia Global Guidelines & Cascades*. Acedido em 26-5-2017. Disponível em <http://www.worldgastroenterology.org/UserFiles/file/guidelines/dysphagia-portuguese-2014.pdf>



OBRIGADO!

Questões?

- sonia.loureiro@hgo.min-saúde.pt

ANEXOS

ANEXO I – AVALIAÇÃO CLÍNICA DA DISFAGIA

Avaliação clínica da disfagia, segundo a Speech Pathology Australia, 2012.

1. BACKGROUND

Diagnóstico médico;

Complexidade da condição médica (por exemplo, mais de um sistema corporal: diagnóstico cardíaco + respiratório);

Estado nutricional atual e necessidades nutricionais imediatas;

Situação cultural, educacional, religiosa e vocacional;

Nível de ansiedade ou preocupação do cliente em relação à dificuldade em alimentar-se.

2. OBSERVAÇÃO IMEDIATA

A capacidade do cliente para participar na avaliação da deglutição;

Presença de dispositivos: linha intravenosa, sonda nasogástrica, gastrostomia;

Traqueostomia;

Estado mental/ funções cognitivas;

Capacidade de gerir as secreções orais;

Padrão respiratório;

Postura/controlo da cabeça.

3. COMUNICAÇÃO, COGNIÇÃO E COMPORTAMENTO

Capacidade de seguir as indicações;

Condições visuais e auditivas;

Capacidades cognitivas;

Variáveis psicológicas (depressão);

Insight sobre a sua condição.

4. AVALIAÇÃO OROFARÍNGEA

Estrutura e apresentação da cavidade oral, mucosa oral e da faringe (palato mole, parede posterior da faringe);

Higiene oral e estado dentário;

Avaliação dos pares cranianos, especificamente:

- V - Trigêmeo (motor e sensitivo)
- VII - Facial (motor e sensitivo)
- IX - Glossofaríngeo (sensitivo e motor)
- X - Vago (sensitivo e motor)
- XII – Grande hipoglosso (motor)

Presença ou ausência de capacidade para deglutir a saliva;

Capacidade de proteger a via aérea (reflexo de tosse espontâneo).

5. AVALIAÇÃO ORAL / AVALIAÇÃO DA ALIMENTAÇÃO

Capacidade do cliente para participar no exame oral (contraindicado em situação de: diminuição do nível de alerta; agitação, fadiga, incapacidade de proteger a via aérea);

Posicionamento adequado para o teste de deglutição;

Adequar a quantidade e a consistência dos alimentos (não existe consenso em relação a esta questão);

Capacidade de coordenar a respiração e a deglutição (capacidade de fazer apneia voluntária);

Tempo que demora a iniciar a deglutição após solicitação;

Presença de excursão faríngeos;

Alterações do estado do cliente durante ou após o teste com alimentos (alteração do padrão respiração, regurgitação nasal, angústia, alteração na saturação periférica de oxigénio);

Presença de resíduos na cavidade oral após deglutir.

6. REFERÊNCIA PARA OUTRAS AVALIAÇÕES

Situações em que é necessário ter mais informação sobre a fase faríngea e esofágica.

7. DIAGNÓSTICO GLOBAL

Integração de toda a informação recolhida para determinar a gravidade da disfagia.

Grau de risco para aspiração ou engasgamento;

Capacidade de se alimentar e hidratar por via oral para satisfazer as necessidades nutricionais;

Determinação precisa da localização primária da disfagia;

Gravidade da disfagia: disfagia leve, moderada ou grave.

8. PLANO DE INTERVENÇÃO

Prescrição de alimentos e / ou líquidos (necessidade de modificação da textura dos alimentos ou líquidos);

Utilização de dispositivos de compensação (sonda nasogástrica);

Requisição de assistência ou supervisão durante a alimentação (incluindo postura e posicionamento);

Mudanças voluntárias da deglutição a executar por profissionais formados nesta área;

Segurança para engolir medicamentos orais;

Referenciação a outros profissionais de saúde;

Plano de higiene oral;

Adequação para reabilitação ou tratamento (considerar problemas psicológicos, falta de motivação, capacidade de aprendizagem);

Referência para avaliação instrumental de deglutição.

Fonte:<https://samanthaochse.files.wordpress.com/2013/08/dysphagia-guidelines.pdf>