



Escola Superior de Saúde **Norte**
CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE
REABILITAÇÃO

Joana Filipa Silva Almeida

INTERVENÇÕES DE
ENFERMAGEM À PESSOA
COM DISFAGIA APÓS
ACIDENTE VASCULAR
CEREBRAL E AO SEU
FAMILIAR CUIDADOR –
UMA SCOPING REVIEW

OLIVEIRA DE AZEMÉIS, 2024

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE NORTE DA CRUZ VERMELHA
PORTUGUESA**

**INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM À PESSOA COM
DISFAGIA APÓS ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL E
AO SEU FAMILIAR CUIDADOR – UMA SCOPING
REVIEW**

Relatório Final de Estágio

Joana Filipa Silva Almeida

Relatório Final de Estágio apresentado com vista à obtenção do grau de Mestre em
Enfermagem de Reabilitação, sob orientação do Professor Doutor João Ventura.

Oliveira de Azeméis | 2024

“O sucesso é a soma de pequenos esforços repetidos dia após dia.”

Robert Collier

AGRADECIMENTOS

Todo este percurso só foi possível com o apoio e colaboração de várias pessoas e entidades a quem expresso a minha gratidão:

À Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa, por me permitir ingressar no curso de mestrado;

Ao Professor João Ventura pela sua orientação, rigor, incentivo, disponibilidade, reforço positivo, por não desistir e me fazer acreditar que seria possível este percurso, ajudando a ultrapassar as dificuldades sentidas;

Ao Daniel, pelo amor, pela paciência, pela confiança, pelo suporte em todos os momentos em que me senti incapaz, por ser o meu pilar e me fazer acreditar que posso mais do que imagino;

Aos meus pais por acreditarem em mim, pela disponibilidade demonstrada e pela compreensão de todas as ausências, sem eles eu não seria o que sou nem estaria onde estou hoje;

À minha chefe, pelo ser humano que é, por ser sempre prestável e empática, por ser uma amiga;

A todos os meus amigos pelo incentivo e reforço de que seria capaz, pelas horas de desabafo sobre receios, dúvidas e angústias;

Aos colegas de mestrado, agradeço a entreaajuda e o companheirismo na superação dos desafios em conjunto;

A todos os profissionais dos contextos da prática clínica pelo acolhimento e por me proporcionarem as condições para o desenvolvimento de competências, em especial aos enfermeiros orientadores;

Aos professores com os quais me cruzei, pela partilha de conhecimento e experiências;

Aos colegas de trabalho pela paciência e pela disponibilidade nas trocas dos turnos de trabalho.

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Atividades de vida diária

COVID-19 – *Coronavirus Disease-2019*

CIPE® – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direção-Geral da Saúde

DCV – Doenças cardiovasculares

DeCS – Descritores em Ciências da Saúde

ECI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ECL – Equipa de Coordenação Local

EE – Enfermeiro Especialista

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

EGA – Equipas de Gestão de Alta

ER – Enfermagem de Reabilitação

ESSNorteCVP – Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa de Oliveira de Azeméis

et al. – e outros

GUSS – *Gugging Swallowing Screen*

ICN – *International Council of Nurses*

INE – Instituto Nacional de Estatística

JB – *Joanna Briggs Institute*

Km² – Quilómetro quadrado

MeSH – *Medical Subject Headings*

N.º – Número

NIHSS – *National Institute of Health Stroke Scale*

Intervenções de enfermagem à pessoa com disfagia após acidente vascular cerebral e ao seu familiar cuidador –
uma scoping review

OE – Ordem dos Enfermeiros

OSF – *Open Science Framework*

p. – Página

PBE – Prática Baseada em Evidência

PCC – População, Conceito, Contexto

PMQCE – Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem

PRISMA-ScR – *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses for Scoping Review*

RCAAP – Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SciELO – *Scientific Eletronic Library*

SNS – Serviço Nacional de Saúde

ScR – *Scoping Review*

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

ULS – Unidade Local de Saúde

WHO – *World Health Organization*

% – Percentagem

RESUMO

A elaboração deste relatório final de estágio está inserida na Unidade Curricular de Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final, prevista no plano de estudos do 2º ano - 3º semestre do 1º Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa, com vista à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Reabilitação. O objetivo é refletir e descrever o processo de aquisição e desenvolvimento das competências comuns do Enfermeiro Especialista e competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação e apresentar a componente de investigação desenvolvida ao longo deste período. Encontra-se dividido em duas partes: componente de estágio e componente de investigação.

Na primeira parte é abordada a componente prática, que se desenrolou nos contextos neurológico, ortopédico e comunitário, através de uma análise descritiva e crítico-reflexiva sobre as experiências vivenciadas, as atividades executadas e os desafios enfrentados, evidenciando de que forma essas aprendizagens contribuíram para o desenvolvimento das competências mencionadas.

Na segunda parte, encontra-se explanada a componente de investigação. Trata-se de uma *Scoping Review*, seguindo a metodologia proposta pelo *Joanna Briggs Institute*, com o objetivo de mapear a evidência científica acerca das intervenções dirigidas à pessoa com disfagia após AVC e ao seu familiar cuidador. Os resultados desta, permitirão enformar e implementar um Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, baseado na melhor evidência disponível.

Palavras-chave: Enfermagem de reabilitação, enfermeiro especialista, disfagia, AVC.

ABSTRACT

The preparation of this final internship report is part of the Curricular Unit of Professional Internship with Final Report, as outlined in the study plan for the 2nd year - 3rd semester of the 1st Master's Degree in Rehabilitation Nursing at the Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa, aiming at the attainment of the Master's Degree in Rehabilitation Nursing. The objective is to reflect on and describe the process of acquiring and developing the general competencies of the Nurse Specialist and the specific competencies of the Rehabilitation Nurse Specialist, as well as to present the research component developed during this period. The report is divided into two parts: internship component and research component.

The first part addresses the practical component, which took place in neurological, orthopedic, and community settings. It includes a descriptive and critical-reflective analysis of the experiences, activities performed, and challenges faced, highlighting how these learning experiences contributed to the development of the mentioned competencies.

The second part focuses on the research component. It consists of a Scoping Review, following the methodology proposed by the Joanna Briggs Institute, aiming to map scientific evidence regarding interventions for individuals with dysphagia after a stroke and their family caregivers. The results of this review will inform and support the implementation of a Continuous Quality Improvement Project for Nursing Care, based on the best available evidence.

Keywords: Rehabilitation nursing, specialist nurse, dysphagia, stroke.

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Descrição do PCC, termos DeCS /MeSH e outros termos de pesquisa	70
Tabela 2: Frases booleanas	70
Tabela 3 - Estudos incluídos	74

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma PRISMA-ScR adaptado de Page et al. (2021)	73
---	----

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	19
PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO	23
1. Enquadramento dos contextos de estágio	25
1.1. <i>Estágio em contexto neurológico</i>	26
1.2. <i>Estágio em contexto ortopédico</i>	29
1.3. <i>Estágio em contexto comunitário</i>	33
2. Competências comuns do enfermeiro especialista	37
2.1 <i>Competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal</i>	37
2.2 <i>Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade</i>	39
2.3 <i>Competências do domínio da gestão dos cuidados</i>	42
2.4 <i>Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais</i>	44
3. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação 47	
3.1 <i>Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados</i>	48
3.2 <i>Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania</i>	49
3.3 <i>Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa</i>	51
4. Considerações finais	53
PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO	55
1. Resumo	57
2. Abstract	59
3. Fundamentação/enquadramento teórico	61
4. Finalidade e objetivo	67
5. Metodologia	69
5.1. <i>Desenho do estudo</i>	69

Intervenções de enfermagem à pessoa com disfagia após acidente vascular cerebral e ao seu familiar cuidador –
uma scoping review

5.2. Considerações éticas	71
6. Resultados	73
7. Discussão	79
8. Conclusão.....	85
CONSIDERAÇÕES FINAIS	87
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	89
ANEXOS.....	103
ANEXO I: CERTIFICADO APRESENTAÇÃO PÓSTER	105
ANEXO II: CERTIFICADO PRESENÇA SIMPÓSIO	109
ANEXO III: CERTIFICADO PRESENÇA AULA ABERTA	113
APÊNDICES	117
APÊNDICE I: FLYER INFORMATIVO	119
APÊNDICE II: PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA	123

INTRODUÇÃO

No 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação (ER) desenvolvido pela Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa de Oliveira de Azeméis (ESSNorteCVP) e inserida no plano de estudos do 2º ano - 3º semestre, encontra-se a Unidade Curricular de Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final. Este relatório surge no âmbito desta unidade curricular sendo um requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em ER.

Através da diversidade de contextos e experiências proporcionadas, o estágio, permite desenvolver competências de enfermagem avançada na área da especialização, neste caso, na área da ER. A realização de estágio permite que as aprendizagens ocorram no contexto da prestação de cuidados, facilitando desta forma, o processo de aprendizagem e de consolidação de conhecimentos, sendo um elemento central na transição de Enfermeiro de Cuidados Gerais para Enfermeiro Especialista (EE), materializando o relatório, a síntese crítica das atividades e aprendizagens desenvolvidas com inclusão de uma componente de investigação (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2021). Pretende-se com este relatório, refletir e descrever o processo de aquisição e desenvolvimento das competências comuns do EE e competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), assim como apresentar a componente de investigação desenvolvida ao longo deste período.

A componente de investigação debruçar-se-á sobre a problemática da deglutição comprometida, muitas vezes denominada por disfagia, na pessoa com Acidente Vascular Cerebral (AVC) dando resposta à questão orientadora “Quais as intervenções dirigidas à pessoa com disfagia após AVC e ao seu familiar cuidador?”. A disfagia é um distúrbio de deglutição caracterizado pela dificuldade no transporte de alimentos desde a cavidade oral até o trato gastrointestinal, comprometendo a capacidade de engolir de forma segura e eficaz (Labeit et al., 2022). Resultado da prática como enfermeiros de cuidados gerais numa unidade de AVC e da importância que o EEER tem no acompanhamento à pessoa com esta condição e ao seu familiar cuidador, resultou a necessidade de abordar esta temática e de sistematizar as intervenções de enfermagem. Além das razões já mencionadas, a opção por esta temática sucede pela sua importância para a especialidade, sendo a intervenção autónoma do EEER na deglutição considerada área de investigação prioritária (OE, 2023). Trata-se de uma *scoping review* (ScR) com o objetivo de mapear a evidência científica acerca das intervenções dirigidas à pessoa com disfagia após AVC e ao seu familiar cuidador,

fundamentando o processo de tomada de decisão com base na melhor evidência disponível sendo a base científica para, no futuro, enformar e implementar um Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (PMQCCE) num hospital da região Norte. Esta componente torna-se essencial no processo de aprendizagem e aquisição de competências, promovendo o desenvolvimento pessoal, profissional e da própria profissão de enfermagem, incorporando as descobertas da investigação na prática, contribuindo para uma prática baseada na evidência (Lopes-Júnior, 2023).

Em 2022, em Portugal, o AVC esteve na origem do maior número (n.º) de mortes, com um total de 9 616 óbitos, representando 7,7% do total de óbitos, verificando-se um aumento comparativamente a 2021 (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2024). A complexidade das consequências decorrentes do AVC, não se limita à mortalidade, sendo esta patologia, uma das causas mais importantes de incapacidade em todo o mundo (Fan et al., 2023). Constitui-se portanto um desafio para os sistemas de saúde, na elaboração de modelos de cuidados para enfrentar os fatores de risco mas também para o acompanhamento dos sobreviventes (E. S. Silva et al., 2020). A disfagia, surge como uma das complicações mais frequentes associadas ao AVC, com impacto negativo na vida da pessoa e com riscos e implicações para a saúde nomeadamente a pneumonia, a desidratação, a desnutrição e a perda de qualidade de vida (Venkat, 2024). A sua incidência na fase aguda pode atingir os 80% (Takizawa et al., 2016). Face à incidência desta complicação e ao impacto negativo a nível social, psicológico e económico, torna-se crucial atuar e desenvolver diretrizes clínicas na abordagem à pessoa com esta condição, desde a sua instalação até ao regresso à família/comunidade sendo facilitador para o processo de reconstrução de autonomia e adaptação à nova condição de saúde (Aires et al., 2021; I. J. Oliveira, 2022). O EEER, desempenha um papel fulcral no acompanhamento e capacitação da pessoa e familiar/cuidador já que é um profissional com um “nível elevado de conhecimentos e experiência acrescida que permitem-lhe tomar decisões relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação, maximizando o potencial da pessoa” (Regulamento n.º 392/2019, 2019, p.13565). Face à relevância da temática e à intervenção do EEER neste domínio, torna-se necessário suportar as intervenções em evidência para fundamentar o processo de tomada de decisão, garantindo uma prestação de cuidados almejando a máxima segurança, qualidade e efetividade, e consequentemente a obtenção de ganhos em saúde (Pina et al., 2020).

Este trabalho encontra-se estruturado em duas partes: componente de estágio e componente de investigação. A primeira parte, referente à componente de estágio,

encontra-se dividida em quatro capítulos. No primeiro capítulo, procede-se ao enquadramento dos contextos de estágio; no segundo capítulo, descreve-se o desenvolvimento das competências comuns do EE; no terceiro, o desenvolvimento e aquisição das competências específicas do EEER; terminando esta primeira parte com o quarto capítulo onde são tecidas as considerações finais. Seguiu-se uma metodologia descritiva e crítico-reflexiva do processo de aprendizagem desenvolvido nos vários contextos, apoiada na melhor evidência científica, para fundamentar a tomada de decisão, assim como a partilha de experiências com os orientadores e equipa multidisciplinar perita na área.

A segunda parte, referente à componente de investigação, explana o estudo desenvolvido e divide-se em oito capítulos: no primeiro e segundo apresenta-se o resumo e *abstract* respetivamente; no terceiro, realiza-se a fundamentação teórica que sustenta o tema em estudo; no quarto descreve-se a finalidade do estudo e respetivo objetivo; no quinto é apresentada a metodologia de investigação desenvolvida; no sexto expõem-se os resultados; o sétimo refere-se à discussão dos resultados obtidos e no oitavo apresenta-se a conclusão. Terminando com as considerações finais.

Intervenções de enfermagem à pessoa com disfagia após acidente vascular cerebral e ao seu familiar cuidador –
uma scoping review

PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO

1. Enquadramento dos contextos de estágio

A unidade curricular estágio de natureza profissional é composta por um total de 810 horas, das quais 430 horas são de contacto na tipologia de estágio. Decorreu no período compreendido entre 2 de outubro de 2023 a 8 de março de 2024, em três contextos distintos, todos realizados em instituições da região norte de Portugal, pertencentes ao Serviço Nacional de Saúde (SNS), sob orientação pedagógica do senhor Professor Doutor João Ventura. A prática em contexto neurológico desenvolveu-se numa Unidade de AVC, em contexto ortopédico decorreu num serviço de Ortopedia e a prática em contexto de comunidade/cuidados continuados realizou-se numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) mais propriamente numa Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI).

O EEER, sendo um profissional dotado de conhecimento e experiência, toma decisões com vista à promoção da saúde, prevenção de complicações e implementação de intervenções com o objetivo de maximizar o potencial da pessoa alvo de cuidados (Regulamento n.º 392/2019, 2019). A ER assume um papel importante nos cuidados à pessoa ao longo do ciclo de vida, devendo ser fundamentada em reguladores da profissão mas também em referenciais teóricos (R. Silva et al., 2019; Ventura-Silva et al., 2021). O EEER detém um papel fundamental no acompanhamento à pessoa que experiencia uma transição de saúde/doença mas também ao familiar/cuidador no desenvolvimento de novos papéis (R. Silva et al., 2019).

Embora a pessoa enfrente várias mudanças ao longo do seu ciclo de vida, quando a mudança se relaciona com o seu estado de saúde e capacidade de cuidar de si mesmo, o enfermeiro detém um papel importante e lida com os ambientes que facilitam ou dificultam a transição pessoal, familiar ou comunitária (Meleis et al., 2000). O referencial teórico de Afaf Meleis é importante na conceção dos cuidados de ER permitindo uma compreensão centrada na pessoa, com o objetivo de implementar planos de cuidados direcionados às necessidades específicas, bem como ajudar a identificar e ultrapassar barreiras e aspetos facilitadores na transição, dotando-os de estratégias adaptativas e de *coping* para que a transição ocorra de forma consciente e saudável (R. Silva et al., 2019).

Outra teoria orientadora das intervenções realizadas foi a Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem, de Dorothea Orem. No cerne desta teoria está o autocuidado, entendido como a realização de atividades que promovem o desenvolvimento e o crescimento pessoal com o objetivo de manutenção da vida, da saúde e do bem-estar (T. Martins & Brito, 2021).

O autocuidado é uma função humana essencial que a pessoa realiza de forma intencional, seja por conta própria ou com a ajuda de terceiros, visando preservar a vida, a saúde, o crescimento pessoal e o bem-estar (T. Martins & Brito, 2021). A intervenção de enfermagem é determinada pela necessidade da pessoa em satisfazer o autocuidado de forma autónoma, ou seja, quando as exigências do autocuidado são maiores do que a capacidade da pessoa para desenvolvê-lo (M. C. Santos et al., 2022). Queirós e colaboradores (2014) referem que perante situações de transição, a pessoa pode oscilar nas necessidades de autocuidado e nas capacidades para a sua satisfação de forma autónoma, necessitando de apoio de terceiros que surgem como agentes terapêuticos e facilitadores nomeadamente enfermeiros e cuidadores informais. O enfermeiro adapta a sua intervenção às necessidades da pessoa, minimizando os efeitos dessa dependência e ajudando a reconstruir a sua autonomia (Lista, 2018).

A Teoria das Transições de Afaf Meleis e a Teoria de Défice de Autocuidado de Orem foram os modelos conceituais orientadores das intervenções realizadas ao longo do estágio.

Este capítulo encontra-se dividido em três subcapítulos que explanam os locais onde foi realizado o estágio.

1.1. Estágio em contexto neurológico

O estágio na área de prática em processo neurológico teve a duração de 124 horas e realizou-se numa Unidade de AVC pertencente a uma Unidade Local de Saúde (ULS) da região norte de Portugal. A unidade dispõe de 12 camas, em área de open *space*, destinadas à alocação de doentes em fase aguda do AVC que exigem uma vigilância organizada e sistemática, ao longo de 24 horas por dia.

O corpo clínico é constituído por uma equipa multidisciplinar, da qual fazem parte dois EEER que se revezam ao longo de sete dias por semana, das 8 às 20 horas. Contudo, nem sempre é possível garantir essa cobertura, resultando em algumas tardes com falta de EEER devido à escassez de recursos humanos. O método de trabalho adotado é o método individual mas era notório o espírito de cooperação entre os vários profissionais, atuando em complementaridade, facilitando a gestão da prestação de cuidados personalizados, ajustados às necessidades individuais de cada pessoa.

O Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem (Regulamento n.º 743/2019, 2019) é fundamental para determinar as dotações adequadas em enfermagem. Este estabelece diretrizes específicas para a alocação de recursos humanos,

garantindo que haja enfermeiros suficientes para proporcionar cuidados de qualidade, promover a segurança da pessoa e otimizar os resultados clínicos, de acordo com as melhores práticas e recomendações internacionais (Regulamento n.º 743/2019, 2019). Para as Unidades de AVC, é recomendada a presença de EEER garantindo a prestação de cuidados em todos os dias da semana, durante 12 horas de cuidados de enfermagem especializados por cada oito pessoas. O n.º de EEER existentes para o n.º de pessoas internadas faz-nos refletir sobre os rácios para o exercício da enfermagem especializada, tanto numa perspetiva de garantia de cuidados de qualidade mas também na segurança quer do profissional, quer da pessoa alvo de cuidados. Neves (2019) considera a adequação da dotação de enfermagem determinante na segurança, na qualidade e nos resultados para a pessoa cuidada, profissionais, organização e sociedade. Corroborado por Galvão e colaboradores (2022) que consideram que a segurança da pessoa e a qualidade dos cuidados prestados é influenciada pelas dotações dos enfermeiros. Os mesmos autores concluem que, apenas com o estabelecimento de dotações seguras nas instituições de saúde, de acordo com normas profissionais e legais, é possível oferecer cuidados de enfermagem de excelência, originando em melhores resultados em saúde, diminuindo efeitos adversos, taxas de morbilidade, mortalidade e reinternamentos. Torna-se basilar adequar os recursos de enfermagem às necessidades da pessoa e família alvo de cuidados e garantir a segurança das dotações de enfermagem nos diferentes ambientes de prestação de cuidados (Neves, 2019; Poeira et al., 2018). As baixas dotações de enfermagem aumentam a probabilidade de omissão de cuidados, por priorização de alguns em detrimento de outros, comprometendo a segurança da pessoa e expondo-a a um maior n.º de efeitos adversos (C.F. Martins, 2022). Face aos rácios que as instituições dispõem de momento, torna-se crucial a capacidade de estabelecimento de prioridades pelo EEER que se constituiu um desafio mas também uma aprendizagem ao longo deste estágio.

As Unidades de AVC são unidades especializadas e multidisciplinares destinadas ao tratamento de pessoas que sofreram um AVC (Luz, 2017). A coordenação e comunicação eficaz entre os membros da equipa multidisciplinar são fundamentais para maximizar a eficácia e a eficiência da reabilitação e estão subjacentes a todas as diretrizes de reabilitação e recuperação do AVC (*American Stroke Association*, 2020). A reabilitação após um AVC apresenta uma grande complexidade, abarcando diversos domínios interligados (como por exemplo os aspetos motores, de linguagem e cognição), múltiplos níveis de incapacidade (como limitação funcional, dificuldades em realizar as atividades de vida diária (AVD) e na participação social) e diferentes intervenientes (incluindo a pessoa, a família/cuidador e a

equipa multidisciplinar) o que permite aos enfermeiros uma ampla gama de intervenções (Bernhardt et al., 2023). O AVC tem habitualmente como consequência défices neurológicos que podem comprometer a capacidade da pessoa para executar as AVD de forma autónoma (Macedo et al., 2023). O EEER desempenha um papel fundamental ao iniciar a sua atuação precoce e implementar estratégias preventivas de complicações, como por exemplo prevenção da instalação da espasticidade, assim como atuar para garantir a máxima funcionalidade com vista à autonomia e prevenção de incapacidades (Regulamento n.º 392/2019, 2019).

Ao longo deste estágio foi-nos possível desenvolver capacidades na avaliação do estado funcional da pessoa, utilizando escalas de avaliação específicas como a Escala de Rankin Modificada e a Escala de Barthel, para definir objetivos de reabilitação a curto e longo prazo e mensurar a evolução das incapacidades e ganhos funcionais com a reabilitação (Sá et al., 2020). Também desenvolvemos capacidades na avaliação dos défices neurológicos de forma minuciosa e completa, com recurso à *National Institute of Health Stroke Scale* (NIHSS), que é uma escala usada para mensurar a severidade e magnitude da disfunção neurológica após o AVC, permitindo uma linguagem comum entre os profissionais de saúde (Sá et al., 2023). Contactamos com várias pessoas com disfagia, uma temática que nos desperta muito interesse. Para o rastreio da mesma, utilizamos a escala *Gugging Swallowing Screen* (GUSS) que determina se a pessoa apresenta disfagia, a gravidade e o risco de aspiração (Sá et al., 2023).

Elaboramos planos de intervenção individualizados adaptados às várias condições clínicas e necessidades individuais de cada pessoa, com vista à recuperação mais eficaz e à melhor qualidade de vida. Permitiu-nos adquirir competências de reabilitação a nível motor, sensorial, cognitivo, respiratório, de alimentação e de eliminação em articulação e colaboração com vários profissionais de saúde.

O EEER deste serviço trabalha várias vezes em articulação com a nutricionista do hospital para permitir um plano nutricional adaptado à condição da pessoa, nomeadamente ao grau de disfagia, mas também de acordo com as suas preferências alimentares, garantindo a ingestão do aporte de nutrientes necessários e essencial na prevenção de complicações e na recuperação da pessoa. Foi algo que nos despertou grande entusiasmo porque difere da realidade que experienciamos.

Em relação ao sistema de registo clínico para documentação dos cuidados de enfermagem, pouco nos foi possível contactar por decisão dos EEER orientadores. Face aos rácios

disponíveis, há uma pressão acrescida para realizar todas as atividades de ER direcionadas às necessidades das pessoas, pelo que foi priorizado o cuidado direto. O registo é uma parte crucial da prática de enfermagem, pois permite a documentação do estado da pessoa, as intervenções realizadas e o progresso na reabilitação (Romão, 2023). A inexistência de registos ou a documentação incompleta, além de dificultar a garantia de uma continuidade eficiente nos cuidados de reabilitação, compromete a comunicação entre os profissionais da equipa multidisciplinar (Henriques, 2016). Nas oportunidades de utilização do sistema, verificámos que algumas vezes, o EEER necessitava de duplicar os registos ao utilizar, adicionalmente, a plataforma da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), o que exige mais tempo e pode levar a inconsistências na informação (Morgado, 2018). O contacto com a plataforma da RNCCI proporcionou um conhecimento mais profundo sobre a gestão de cuidados no contexto dos cuidados continuados, além de salientar a importância dos registos completos numa prática futura como EEER, essenciais à continuidade dos cuidados na transição entre diferentes níveis de cuidados (Romão, 2023). No que diz respeito a PMCQCE, não estava a ser desenvolvido nem implementado nenhum no momento.

A diversidade de experiências proporcionadas por este estágio, contribuiu para obtermos um grande leque de oportunidades e desta forma possibilitaram para além de conhecimento, o desenvolvimento de competências de tomada de decisão no âmbito do cuidado especializado. Consideramos ter desenvolvido conhecimentos basilares para a prática futura numa área que nos é tão significativa, especialmente em função da experiência profissional diária numa unidade de AVC. No entanto, gostaríamos de ter experienciado outros locais de estágio, além de áreas focadas em pessoas após AVC em fase aguda, para expandir os nossos conhecimentos e explorar diferentes abordagens e planos de intervenção.

1.2. Estágio em contexto ortopédico

O estágio em contexto ortopédico teve a duração de 141 horas e decorreu num serviço de internamento de Ortopedia pertencente a uma ULS da região norte de Portugal. Este serviço é composto por duas alas, a ala A que é destinada a cirurgias programadas e a ala B que se destina a pessoas do foro ortotraumatológico, com a totalidade de 52 camas, sendo cada ala composta por 26 camas. Ambas as alas são constituídas por uma equipa multidisciplinar e dispõem de um EEER em cada, que presta serviços em dias úteis, no turno da manhã, com método de trabalho individual. Os EEER, embora integrem a equipa de enfermeiros de

reabilitação do hospital, estão permanentemente alocados ao serviço, o que facilita a prestação de cuidados diferenciados e assegura a continuidade do plano de cuidados.

No que respeita aos serviços de internamento, recomenda-se a alocação de pelo menos dois EEER, por cada quinze pessoas, garantindo a prestação diária de cuidados especializados de 12 horas, em todos os dias da semana (Regulamento n.º 743/2019, 2019). Face aos rácios verificados nos contextos da prática, torna-se difícil disponibilizar o tempo necessário para estruturar e implementar um plano de intervenção especializado que atenda às necessidades individuais das pessoas internadas e que envolva a família/cuidador, assim como promover uma prestação de cuidados centrada na continuidade, monitorizando e ajustando as intervenções de forma eficaz.

Durante o processo de aquisição de competências, tivemos a oportunidade de aprofundar conhecimentos específicos em ortopedia, que era uma área com a qual pouco tínhamos contactado como enfermeiros de cuidados gerais, daí uma maior necessidade de aquisição e consolidação de conhecimentos, tornando-se um desafio ainda maior mas que foi superado com sucesso.

Adquirimos e consolidámos conhecimentos práticos e teóricos de cuidados especializados em ER e estruturámos planos de cuidados individualizados e com um grande leque de oportunidades, face às várias patologias e cirurgias com as quais contactámos. Estes planos de reabilitação foram focados em assegurar a manutenção das capacidades funcionais da pessoa, com vista à manutenção da independência para as AVD, prevenção de complicações e evicção de incapacidades, conforme preconizado no regulamento das competências específicas do EEER (Regulamento n.º 392/2019, 2019).

O estágio decorreu na ala A, mas houve possibilidade de realizar um turno na ala B, neste caso de observação. O facto de realizarmos estágio numa ala de cirurgias programadas permitiu acompanhar a pessoa no pré e no pós-operatório e desenvolver competências de atuação do EEER nas diferentes fases, fundamental no processo de aprendizagem. Verificamos que face aos rácios disponíveis e ao horário do EEER, a priorização de cuidados era essencial o que por vezes levava a que a atuação ficasse centrada no pós-operatório e nos casos de alta programada. Apesar da fase pós-operatória ser fundamental, Dias (2023) defende que o plano de reabilitação deve ser iniciado no período pré-operatório envolvendo e empoderando a pessoa e a família/cuidador e deve ser promovida a adesão ao mesmo. Face ao horário do EEER ser apenas de manhã, enfrentamos por vezes dificuldades relativamente à capacitação e à inclusão dos familiares, uma vez que o horário das visitas é

no período da tarde e o EEER já não está presente. Este aspeto prendeu-se com o facto de ainda se encontrar em vigor um horário reduzido, resultado da pandemia pela Coronavirus Disease-2019 (COVID-19). Como estratégia alternativa, transmitimos a informação e capacitámos as famílias/cuidadores, através de chamadas telefónicas. Caso fosse possível o familiar ou cuidador viria no período da manhã.

O EEER é responsável por atuar de forma a prevenir complicações no pré-operatório mas também por preparar a pessoa para a cirurgia e para o processo de recuperação pós-cirúrgico, dotando-a de conhecimentos sobre prevenção de riscos e complicações, de estratégias e de exercícios a executar para recuperar a autonomia, contribuindo para uma recuperação mais célere (Dias, 2023).

Dotar as pessoas de estratégias para alívio da dor e técnicas para realização das AVD, adaptadas às restrições recorrentes da cirurgia, bem como efetuar por exemplo treino de marcha e de transferências ainda no período pré-operatório e sempre que a situação clínica o permitir, possibilita aumentar a segurança da pessoa, evitar imobilidade e contribuir para a diminuição do período de internamento (J. Fernandes, 2021). É importante o esclarecimento de dúvidas e oferecer suporte emocional para reduzir a ansiedade e insegurança da pessoa, gerando um ambiente mais propício para a adesão ao regime terapêutico (Dias, 2023).

Após a cirurgia, a pessoa encontra-se numa fase mais vulnerável, muitas vezes com dor, medos e receios, o que pode influenciar o seu desempenho na realização das AVD, mas também na receção e cumprimento dos ensinamentos e da informação fornecida, sendo o pré-operatório essencial (Dias, 2023; Nascimento, 2023). No pré-operatório, o EEER realiza a avaliação inicial, percebendo qual o estado atual da pessoa, a sua condição física, força muscular, amplitude articular, capacidade para a marcha, equilíbrio, capacidade prévia e atual na satisfação das AVD, fatores psicossociais, habitacionais e capacidade para atingir objetivos com base no potencial identificado (Nascimento, 2023). Também é importante que nesta fase se identifiquem as barreiras arquitetónicas existentes no ambiente domiciliário e de que forma podem ser supridas, bem como a necessidade prevista de ajudas técnicas, nomeadamente auxiliar de marcha, alçador de sanita, corrimão, calçado adaptado, cadeira-sanita, entre outras (Ginó, 2023). Esta avaliação permite definir um plano realista e adaptado às necessidades e expectativas individuais da pessoa, facilita a organização pessoal, familiar e habitacional atempada, para que o pós-operatório seja mais facilitado.

A reabilitação vai além do realizado em ambiente hospitalar, o EEER orienta as pessoas sobre exercícios e cuidados a serem seguidos, facilitando a recuperação e transição para a rotina diária mas também orienta para os apoios/recursos existentes na comunidade (Gomes, 2018).

Muitas vezes, por motivos já descritos, a atuação do EEER foca-se muito na fase pós-operatória. Para Dias (2023), a intervenção do EEER, através de um acompanhamento desde o pré-operatório até ao pós-operatório, é essencial para maximizar a possibilidade de atingir o sucesso, compete aos futuros EEER desenvolver estudos que comprovem os benefícios da reabilitação no período pré-operatório, tanto para o bem-estar e recuperação da pessoa como para as instituições de saúde. Através de investigação científica, os EEER podem contribuir para a reformulação de protocolos e para a implementação de programas de reabilitação pré-operatória como parte integrante dos cuidados cirúrgicos (J. Fernandes, 2021). Estes estudos são fundamentais para demonstrar às chefias e à administração a importância de aumentar os rácios de enfermeiros, de realizar horários mais completos, assim como os benefícios que essas medidas trariam para a qualidade dos cuidados prestados.

Neste estágio, foi-nos proporcionada a possibilidade de assistir a uma cirurgia de colocação de prótese total do joelho. Assistir à cirurgia permite ao EEER adquirir um conhecimento profundo sobre o procedimento, compreender melhor as estruturas anatómicas afetadas, os tipos de próteses usadas e os pontos de maior vulnerabilidade para a pessoa no pós-operatório, fundamental para planear intervenções de reabilitação adequadas e eficazes, facilitando a personalização do plano de reabilitação.

Ao longo do estágio deparamo-nos com alguma dificuldade em abordar temas como a sexualidade. A sexualidade, como tema fundamental no bem-estar e na qualidade de vida das pessoas, deve ser uma temática a ser incluída pelo EEER, onde este desempenha um papel fulcral (Vieira et al., 2019). Como a casuística revela, o acesso a informações torna-se mais complexo no que concerne à temática da sexualidade (Sequeira, 2018). Há uma certa relutância, tanto por parte dos profissionais de saúde quanto das próprias pessoas, em abordar questões relacionadas com a sexualidade (Simões, 2023). Por vezes trata-se de populações mais reservadas e com tabus em relação à temática e que podem sentir-se desconfortáveis em abordar o impacto que a cirurgia pode ter na sua vida sexual, o que pode resultar em dúvidas e receios não expressos (Sequeira, 2018). Cabe ao EEER alertar para a importância da temática nos serviços de saúde (Sequeira, 2018). De acordo com Vieira e seus colaboradores (2019) este profissional deve estar preparado para abordar o tema de forma

sensível e aberta às preocupações das pessoas, realizar o esclarecimento das dúvidas e utilizar estratégias para implementação de planos de intervenção para a redução do risco de alterações ao nível da sexualidade, conforme preconizado no Regulamento n.º 392/2019 (2019). Neste contexto, a criação de um *flyer* informativo sobre “CUIDADOS COM A SEXUALIDADE APÓS PRÓTESE TOTAL DA ANCA” (APÊNDICE I) revelou-se uma estratégia essencial. Este material de apoio será uma ferramenta complementar, permitindo que as pessoas tenham acesso a informações fiáveis e pertinentes, sendo a ponte entre o silêncio e o diálogo, mas também como estratégia para sustentar o processo de capacitação da pessoa, promovendo uma reabilitação completa. Nesse sentido, no âmbito da reabilitação, é fundamental que os EE invistam na sua formação para abordar de forma adequada e competente as questões relacionadas com a sexualidade, promovendo o bem-estar emocional e relacional da pessoa (Marques, 2018).

Relativamente ao sistema de registo clínico para documentação dos cuidados de enfermagem, não foi visto como um obstáculo, tendo em conta a nossa experiência profissional com o mesmo. Não havia nenhum PMCQCE a ser desenvolvido naquele momento, na área da ER.

1.3. Estágio em contexto comunitário

O estágio em contexto de comunidade decorreu numa UCC, mais propriamente numa ECCI, pertencente a uma ULS da região norte de Portugal. A ECCI é uma equipa multidisciplinar dedicada à prestação de serviços domiciliários a pessoas com dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença, com rede de suporte social, que não requerem internamento hospitalar, mas que não conseguem deslocar-se de forma autónoma (Decreto-Lei n.º 101/2006, 2006). O ingresso em ECCI é realizado através da Equipa de Coordenação Local (ECL) mediante uma proposta proveniente das Equipas de Gestão de Alta (EGA) hospitalares, pelas equipas referenciadoras das unidades de saúde familiar e unidades de cuidados de saúde personalizados ou das unidades pertencentes à RNCCI. É enviada uma proposta de referênciação à ECL da área de residência da pessoa, que é responsável por validar a proposta e a tipologia adequada e tomar as diligências necessárias (Portaria n.º 50/2017, 2017).

A ECCI, onde realizamos o estágio, é multidisciplinar e inclui cinco EEER que laboram de segunda a sexta-feira das 8 às 20 horas, com a possibilidade de trabalhar ao fim-de-semana, caso haja atividades programadas. O método de trabalho é individual, no entanto existia

muita partilha entre os EEER e era notório o trabalho em equipa. De acordo com o Regulamento n.º 743/2019 (2019), as EEER devem assegurar o seu funcionamento durante todos os dias do ano, no horário das 8 às 20 horas nos dias úteis e, de acordo com as necessidades, aos fins de semana e feriados, com garantia mínima das 9 às 17 horas. Para uma dotação adequada de enfermeiros na UCC, considera-se o rácio de um enfermeiro para cada 5 pessoas em EEER (Regulamento n.º 743/2019, 2019). O mesmo regulamento refere que a equipa deve ser reforçada com mais um enfermeiro por cada 200 km². Durante o estágio, verificaram-se algumas dificuldades na gestão dos horários e nos rácios devido a um EEER estar de baixa médica, dois estarem em horário reduzido por amamentação e o coordenador da EEER prescindir de algumas horas laborais para exercer funções de coordenação. Estes fatores contribuíram para a limitação dos recursos humanos disponíveis, agravada pela vasta área geográfica de intervenção, o que resulta em perdas significativas de tempo com deslocações, dificultando a organização do trabalho e podendo comprometer a prestação contínua e eficiente dos cuidados.

Durante todo o estágio, o EEER orientador foi responsável por acompanhar três pessoas em EEER e de forma a não sairmos prejudicados nas oportunidades de aprendizagem, proporcionou-nos a possibilidade de acompanhar outros EEER e explorar diferentes realidades de trabalho e realizar planos de reabilitação a pessoas com necessidades de cuidados diferentes, ampliando o nosso leque de experiências e enriquecendo a nossa aprendizagem. Apesar de não terem ocorrido admissões para o EEER orientador, ele alinou-se com um dos nossos objetivos e proporcionou-nos essa experiência. Para isso, orientou-nos em todo o processo de admissão de uma pessoa na EEER, abrangendo todas as fases, revelando-se uma experiência essencial para o nosso desenvolvimento. Em cada caso clínico é nomeado um gestor de caso, neste caso um dos EEER da equipa, que é o responsável direto pelo acompanhamento do processo, pela planificação e continuidade dos cuidados de EEER de forma holística, pela coordenação e gestão dos cuidados e por garantir a comunicação com os todos os intervenientes na prestação de cuidados (Portaria n.º 50/2017, 2017). O gestor de caso realiza avaliações periódicas do estado de saúde da pessoa, ajusta o plano de cuidados, mantém contacto próximo com família/cuidador e é responsável por informar e facilitar o acesso a recursos e serviços adicionais que possam ser necessários, como dispositivos de apoio ou serviços disponíveis na comunidade. Houve uma aprendizagem significativa sobre os apoios disponíveis na comunidade. Embora essa função seja, em grande parte, da responsabilidade do assistente social, o EEER desempenha um papel importante devido à sua proximidade e à frequência das suas visitas domiciliárias, o que facilita a

identificação precoce de necessidades adicionais, permitindo uma intervenção mais completa. O contacto mais regular permite ao EEER fornecer informações iniciais sobre os apoios existentes e encaminhar para os profissionais adequados, para esclarecimentos adicionais (Duarte, 2020). Esta atuação do EEER é crucial para assegurar que as pessoas acedem aos recursos de forma eficaz, estabelece relação de confiança e garante a continuidade dos cuidados (Ventura-Silva et al., 2021).

Existem reuniões de gestão de utentes com os EEER e com a ECL, na qual tivemos a oportunidade de assistir. O EEER, como gestor de caso, tem a responsabilidade de monitorizar e apresentar o progresso da pessoa, detalhando as intervenções realizadas, as avaliações funcionais e as adaptações implementadas no plano de cuidados.

Fizemos parte de um projeto denominado “Envelhecer + Ativo” que estava em curso nas várias freguesias às quais esta ECCL abrange. Este projeto foi desenvolvido para responder às necessidades da comunidade sénior e teve a colaboração de uma equipa multidisciplinar com várias ações de formação. No âmbito deste projeto, os EEER realizaram uma ação de formação intitulada "Prevenção de Quedas" e na qual participamos. Esta ação visou sensibilizar a população idosa para os fatores que podem aumentar o risco de queda, como a mobilidade reduzida, fraqueza muscular, o ambiente físico, o uso de determinados medicamentos, auxiliares de marcha desajustados ou sem manutenção, e fornecer estratégias para prevenir estes acidentes, promovendo um envelhecimento mais saudável e seguro (Araújo et al., 2019). A formação incluiu atividades práticas, como demonstrações de exercícios que melhoram o equilíbrio e a força muscular, assim como conselhos sobre adaptações no ambiente domiciliário com vista à redução do risco de queda. Esta, foi realizada como parte de uma estratégia mais ampla de reabilitação e promoção da saúde, com formação e educação da comunidade.

Concluir o estágio com uma experiência na comunidade foi muito positivo, pois permitiu-nos mobilizar e consolidar os conhecimentos adquiridos em outros contextos. A diversidade de situações, faixas etárias e condições clínicas encontradas na prática comunitária ofereceu uma oportunidade rica e desafiadora para integrar aprendizagens e adaptar os cuidados às necessidades específicas de cada pessoa.

Relativamente aos sistemas de documentação de cuidados, consideramos que inicialmente foi um desafio, uma vez que foi a primeira vez que contactámos com determinadas plataformas, e em outras, apenas tínhamos tido uma escassa observação em estágios anteriores. No entanto, essa dificuldade foi rapidamente ultrapassada com a prática diária e

Intervenções de enfermagem à pessoa com disfagia após acidente vascular cerebral e ao seu familiar cuidador –
uma scoping review

com o apoio do EEER, que esclareceu as dúvidas à medida que surgiam. Reiteramos a questão da duplicação de registos como um fator negativo que pode comprometer a continuidade dos cuidados, dificultando a coordenação eficaz entre os profissionais, originar inconsistências e aumentar o risco de perda de informação (Morgado, 2018). Este contacto prático quer com o estágio em comunidade quer com as plataformas proporcionou-nos uma compreensão mais clara de como se faz a articulação entre hospital e comunidade, bem como da importância de uma documentação detalhada e precisa para garantir a continuidade e a segurança dos cuidados (Romão, 2023).

2. Competências comuns do enfermeiro especialista

De acordo com o Regulamento n.º 140/2019 (2019) o EE “é aquele a quem é reconhecida competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade” (p. 4744). A obtenção do título de EE implica, além da verificação das competências específicas, nas disposições de cada especialidade, que estes profissionais possuam também um conjunto de competências comuns, transversais a todas as especialidades (Regulamento n.º 140/2019, 2019). Estas competências são evidenciadas através da capacidade de conceber, gerir e supervisionar os cuidados de saúde e através de um suporte específico ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação científica e assessoria (Regulamento n.º 140/2019, 2019). O desenvolvimento e aquisição das competências garantem que o EE possua um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza na sua atuação, de acordo com as necessidades de saúde identificadas. As competências comuns dividem-se em quatro domínios: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados; e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento n.º 140/2019, 2019). Estes domínios serão detalhados nos subcapítulos seguintes de forma específica, numa perspetiva descritiva e crítico-reflexiva, de modo a explicar a importância e aplicação prática nos cuidados de saúde especializados.

2.1 Competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

No âmbito das competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, estas dizem respeito ao desenvolvimento de uma prática profissional, na área da especialidade, que esteja em conformidade com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional; e à garantia de práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (Regulamento n.º 140/2019, 2019). O EE deve demonstrar uma prática segura, profissional e ética, aplicando competências na tomada de decisão com base em princípios éticos e deontológicos (Regulamento n.º 140/2019, 2019). Esta competência baseia-se num conhecimento no domínio ético-deontológico, numa avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências da pessoa alvo de cuidados (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

O artigo 99.º do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) da OE (2015a) define diretrizes fundamentais para a prática de enfermagem, enfatizando a importância de valores éticos e universais que devem guiar a atuação profissional. Este artigo destaca que as intervenções de enfermagem devem ser realizadas com uma preocupação central: a defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do próprio enfermeiro (OE, 2015a). Neste contexto são identificados cinco valores universais que devem ser observados na relação profissional: a igualdade, garantindo que todas as pessoas sejam tratadas com equidade e sem discriminação; a liberdade responsável, que permite ao enfermeiro e à pessoa tomar decisões de forma consciente e autónoma, com vista ao bem comum; a verdade e a justiça assegurando uma prática baseada na integridade e imparcialidade; o altruísmo e solidariedade promovendo um cuidado centrado nas necessidades do outro, colocando o bem-estar da pessoa acima de interesses individuais, demonstrando empatia, sensibilidade e atenção às necessidades físicas, emocionais e psicológicas de cada pessoa; e a competência e o aperfeiçoamento profissional, sublinhando a importância de uma prática baseada na melhor evidência disponível e na melhoria contínua das capacidades profissionais (OE, 2015a).

Este conjunto de valores reforça o compromisso ético e moral dos EE, sendo essencial para uma prática que respeite os direitos humanos e a dignidade, enquanto se promove um ambiente de cuidado e responsabilidade social. O EE, não só tem competências técnicas, mas também tem a responsabilidade de atuar com integridade, honestidade e justiça em todas as suas ações. Respeitar os direitos humanos e a dignidade da pessoa implica prestar cuidados sem qualquer discriminação, independentemente das condições de saúde, crenças, género, idade ou situação socioeconómica, sendo basilar para uma prática humanizada e centrada na pessoa (OE, 2015a).

O EE deve assegurar que a pessoa participe ativamente nas decisões sobre os seus cuidados, promovendo a sua independência física, psíquica e social e o autocuidado, tratando-a com empatia, respeito e consideração, de forma a preservar a sua identidade e dignidade, mesmo em momentos de vulnerabilidade (OE, 2015a). No contexto destas competências, o consentimento informado assume um papel central na prática de ER. Trata-se da autorização que a pessoa dá para que lhe sejam prestados cuidados, após ter recebido uma explicação clara e compreensível sobre o que será realizado e quais os resultados esperados da intervenção. O consentimento informado não é apenas uma formalidade, mas um processo que decorre diretamente do respeito pela autonomia da pessoa e reflete o compromisso do profissional com uma prática que respeita a integridade e dignidade humana (Ng, 2024).

A prestação de cuidados especializados em ER confronta os enfermeiros com situações desafiantes que requerem a utilização de um vasto conjunto de conhecimentos específicos, permitindo-lhes atuar de forma eficiente face à diversidade, imprevisibilidade e particularidade de cada caso que encontram no exercício da sua profissão (A. Silva, 2019).

Este conjunto de competências, embora presentes na prática enquanto enfermeiros de cuidados gerais, foram revisitadas e aprofundadas no contexto da prestação de cuidados especializados, sendo basilares para o exercício da especialidade. Ao longo dos estágios, deu-se prioridade à promoção de uma prática clínica e tomada de decisão assente em valores éticos e normas deontológicas, incentivando uma reflexão crítica sobre o processo de tomada de decisão, em colaboração com os enfermeiros orientadores. Salvaguardaram-se os direitos das pessoas alvo de cuidados, abstendo-se de juízos de valor, respeitando a individualidade e integridade biopsicossocial, cultural e espiritual, abordando-as de forma holística, com personalização e humanização dos cuidados, e estabelecendo uma relação terapêutica (Ginó, 2023). Paralelamente, a privacidade das pessoas foi salvaguardada, minimizando a exposição física durante as intervenções e assegurou-se a confidencialidade dos dados. Ao longo deste percurso, foi assegurado o direito das pessoas ao acesso à informação, transmitindo-a de maneira clara, acessível e adaptada às necessidades e capacidades de cada uma, garantindo a compreensão do plano de reabilitação proposto, incluindo os objetivos e os diferentes passos do processo, o que contribuiu para aumentar a sua confiança e envolvimento no seu processo de recuperação (Gomes, 2018). Além disso, o envolvimento ativo das pessoas e familiares/cuidadores nas decisões de cuidados foi uma prioridade.

2.2 Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade

No âmbito das competências do domínio da melhoria contínua da qualidade, estas dizem respeito à garantia de um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; ao desenvolvimento de práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua; e à garantia de um ambiente terapêutico e seguro (Regulamento n.º 140/2019, 2019). Estas competências são fundamentais para o desempenho do EEER, enquadrando-se no compromisso de assegurar a excelência dos cuidados prestados. Cabe ao EE identificar áreas de melhoria na prática clínica e implementar estratégias eficazes para otimizar a prestação de cuidados (Regulamento n.º 140/2019, 2019). Num mundo onde a literacia em saúde está em crescimento, o acesso à informação e disseminação do conhecimento está mais facilitado, é

essencial que o EE se mantenha atualizado e preparado para enfrentar os diversos desafios que surgem na prática clínica (Lopes & Almeida, 2022). Torna-se essencial que os enfermeiros busquem conhecimento científico para garantir que os cuidados prestados sejam de qualidade e em conformidade com as recomendações atuais, promovendo a segurança da pessoa e contribuindo para a melhoria contínua dos serviços de saúde (Ayyad et al., 2024). Além disso, o EE desempenha um papel crucial nas equipas de saúde, partilhando conhecimentos e promovendo um ambiente de aprendizagem contínua. Cabe-lhe também avaliar regularmente os riscos, cultivando uma cultura de segurança e garantindo que a equipa atua em conformidade com as melhores práticas, assegurando a qualidade e segurança dos cuidados prestados (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Ainda no âmbito das competências deste domínio, destaca-se a responsabilidade do EE em garantir um ambiente terapêutico e seguro, assegurando que os cuidados são prestados num contexto favorável à recuperação (Romão, 2023). O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes estabelece, num dos seus 5 pilares, a importância de garantir práticas seguras em ambientes seguros (Direção-Geral de Saúde [DGS], 2022). Torna-se essencial a minimização de riscos de intercorrências, como por exemplo quedas ou infeções, através da aplicação de protocolos adequados e da criação e manutenção de um ambiente que proteja tanto a integridade física como emocional das pessoas (Romão, 2023).

A comunicação eficaz dentro de uma instituição de saúde é um pilar essencial para garantir cuidados seguros (DGS, 2022). A comunicação clara e eficiente entre os profissionais de saúde, as pessoas alvo de cuidados e seus familiares/cuidadores desempenha um papel fundamental na prevenção de incidentes (DGS, 2022). O aprimoramento da comunicação com a pessoa contribuirá para aumentar a adesão e, conseqüentemente, para alcançar as mudanças comportamentais desejadas (C.F. Martins, 2022). Torna-se cada vez mais crucial disponibilizar ferramentas que facilitem a compreensão da informação transmitida, onde o enfermeiro desempenha um papel primordial na garantia da acessibilidade da informação, promovendo a saúde e a autonomia das pessoas (C.F. Martins, 2022). O recurso a materiais educativos, como *flyers* informativos, desempenham um papel essencial na promoção da eficácia dos programas de reabilitação (C.F. Martins, 2022). O uso de *flyers* como estratégia educacional ajuda a capacitar as pessoas e as suas famílias/cuidadores, permitindo-lhes realizar de forma autónoma as atividades de reabilitação quer em hospital quer no domicílio, promovendo assim uma maior adesão ao tratamento, diminuição dos riscos e contribuindo para a continuidade dos cuidados (C.F. Martins, 2022). Como já referido anteriormente, no estágio em contexto ortopédico, realizou-se um *flyer* informativo como estratégia de apoio

para uma reabilitação mais segura e para a melhoria dos cuidados prestados, após identificação de uma lacuna existente e uma oportunidade para a otimização dos cuidados oferecidos. No estágio em contexto neurológico também se desenvolveu um pequeno livro de apoio às pessoas com afasia, com diversas imagens que serviram de apoio à reabilitação mas também permitiram uma comunicação mais eficaz entre a pessoa e a família/cuidador, diminuindo a ansiedade e frustração destes.

Durante o estágio, procurámos integrar-nos ativamente nos projetos existentes nos diferentes serviços, contribuindo com sugestões e participando em reuniões informais. Além disso, dedicámo-nos a conhecer os protocolos estabelecidos em cada serviço, com o objetivo de os seguir e adequar os cuidados prestados. Este envolvimento permitiu-nos não apenas acompanhar de perto as dinâmicas e desafios específicos de cada serviço, mas também colaborar no desenvolvimento de estratégias de melhoria. Além disso, esforçámo-nos por transferir conhecimento adquirido em outros campos de estágio e em componente teórica, partilhando experiências e práticas que pudessem complementar e enriquecer as intervenções realizadas.

Ainda no domínio da melhoria contínua da qualidade, o EE deve deter competência no desenvolvimento de práticas de qualidade e implementação de PMCQCE. Resultado da prática em contexto neurológico e da identificação de potencialidades de melhoria, reconhecendo o contributo do EEER, foi iniciada a elaboração de um PMCQCE de acordo com a metodologia proposta por Deming e operacionalizada pela OE no Guião para a Organização de PMCQCE: Programa Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (2013) (APÊNDICE II). Este projeto já obteve parecer favorável do diretor do serviço e da enfermeira chefe e encontra-se em melhoria e construção para envio e obtenção de parecer da comissão de ética hospitalar, sendo, a segunda parte deste relatório, de especial importância para enformar o mesmo. Apesar de, em regime de internamento, serem efetuadas intervenções por parte do EEER no sentido de aumentar o conhecimento e a capacidade para lidarem com a nova situação, neste caso em particular, com a disfagia, só quando o regresso ao domicílio efetivamente acontece é que a pessoa e o familiar/cuidador enfrentam verdadeiramente as dificuldades, motivo que corrobora a importância da intervenção do EEER no auxílio à adaptação à nova realidade, neste caso após a alta hospitalar (Sá et al., 2020). Surgiu desta forma a necessidade de elaborar um projeto que colmatasse esta falha e permitisse acompanhar a pessoa através de *follow up* telefónico, após a alta hospitalar para domicílio. O *follow up* telefónico é uma estratégia útil na adesão terapêutica, permitindo a realização

de alguns esclarecimentos e ensinamentos, com o objetivo de evitar reinternamentos, idas aos serviços de urgência e complicações (Schuitenmaker et al., 2024). De acordo com o parecer do Conselho Jurisdicional n.º 102/2009 da OE (2009), o uso de atendimento por telefone revela várias vantagens nomeadamente a rapidez de resposta, maior acessibilidade em situações de mobilidade reduzida, maior acessibilidade da pessoa aos cuidados e do enfermeiro à pessoa, maior equidade no acesso a cuidados e potencial de ganhos em saúde em tempo útil. Sendo uma abordagem que tem vindo a crescer nos dias atuais, revela-se uma aliada para a continuidade de cuidados devido às suas vantagens de fácil acesso, baixo custo, baixos recursos humanos e físicos e diminuição de tempo de espera em consultas (V.A.B. Teixeira, 2016). Ainda de acordo com o parecer do Conselho Jurisdicional n.º 102/2009 da OE (2009), esta tipologia de consulta revela-se importante para manter a relação previamente estabelecida entre o profissional e a pessoa em regime de internamento que se estenderá no acompanhamento após a alta. A implementação de mecanismos inovadores, nomeadamente a telessaúde, deve contribuir para um modelo de cuidados personalizados, centrado na pessoa, acompanhando as mudanças demográficas, os avanços biotecnológicos e as expectativas das pessoas (DGS, 2022). Com a implementação deste projeto espera-se:

- Promover a qualidade de vida da pessoa com disfagia e do seu familiar cuidador;
- Prevenir complicações associadas a esta condição.

Este projeto encontra-se inserido nos enunciados descritivos da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros nomeadamente a nível da “prevenção de complicações” e “organização dos cuidados de enfermagem”. Os resultados do trabalho de investigação deste relatório, tal como já referido, serão a base científica que permitirá enformar o projeto. A planificação inicial do projeto já foi apresentada, em formato póster, no “II Congresso do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação” (ANEXO I).

2.3 Competências do domínio da gestão dos cuidados

No âmbito das competências do domínio da gestão dos cuidados, estas dizem respeito à gestão dos cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde; e adaptação da liderança e da gestão dos recursos às situações e ao contexto, com vista à garantia da qualidade dos cuidados (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

No contexto destas competências, o EE desempenha um papel fundamental na coordenação e planeamento dos cuidados de enfermagem, sendo um elemento-chave na tomada de decisões clínicas em colaboração com a equipa multidisciplinar. A participação do EE é

essencial nas reuniões multidisciplinares, onde o seu conhecimento especializado sobre o processo de saúde da pessoa permite-lhe oferecer contributos valiosos para a definição e gestão do plano de cuidados multidisciplinar. A presença do EE nas visitas médicas realizadas nos vários contextos que contactamos verificou-se como diferenciador, uma vez que o seu conhecimento detalhado sobre o estado clínico da pessoa e toda a sua envolvência, associado à sua capacidade de avaliar a evolução e as necessidades de cuidados, permite-lhe influenciar decisões fundamentais. O EE tem o papel de assegurar que a alta seja feita de forma organizada e segura, considerando não apenas o estado físico da pessoa, mas também os cuidados necessários após a alta, garantindo a continuidade dos mesmos (Romão, 2023).

O EE deve possuir a competência de identificar quando é necessária a colaboração de outros profissionais ou quando deve encaminhar a pessoa para o profissional adequado, assegurando uma abordagem coordenada dos cuidados e centrada na pessoa (Loureiro, 2020). Tal como já referido, o EE desempenha um papel fundamental graças à sua proximidade com as pessoas e famílias/cuidadores, o que possibilita a identificação precoce de necessidades adicionais, permitindo intervenções mais abrangentes. O EE ao realizar o encaminhamento para outros serviços ou especialidades não só assegura que a pessoa recebe os cuidados adequados, mas também contribui para a continuidade e a personalização do tratamento, com ênfase nas necessidades da mesma, sendo o trabalho em equipa um pilar fundamental. Esta atuação é essencial para garantir que as pessoas acedem de forma eficiente aos recursos, estabelecendo uma relação de confiança e assegurando a continuidade dos cuidados. A capacidade de referência demonstra a consciência do EE sobre os limites da sua atuação e o reconhecimento da importância do trabalho em equipa para otimizar os resultados dos cuidados prestados, garantindo sempre a segurança e a satisfação da pessoa.

No exercício da sua prática, o enfermeiro, na relação com o outro e no compromisso profissional que assume, toma decisões e intervém tanto na prestação de cuidados como na gestão de uma equipa de trabalho (Lourenço et al., 2022). O EEER tem a função de criar um ambiente motivador na equipa, com o objetivo de alcançar um desempenho de qualidade, incentivando a aprendizagem contínua e fortalecendo a colaboração entre os vários profissionais, refletindo-se na excelência dos cuidados prestados (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Ao longo do estágio, como já referido, desenvolvemos competências na priorização dos cuidados de ER, tendo em conta os rácios, as horas de cuidados de reabilitação disponíveis e

os recursos existentes. Acompanhar o enfermeiro coordenador num dos estágios revelou-se positivo para o desenvolvimento de competências avançadas pois permitiu-nos observar e participar na gestão de processos de cuidados, bem como na gestão de materiais e recursos humanos, desenvolvendo habilidades que vão além das competências técnicas. Esta proximidade e experiência proporcionaram a aquisição de competências em áreas como a tomada de decisão em contextos complexos, a resolução de conflitos e a comunicação eficaz com a equipa multidisciplinar. Estes aspetos são cruciais para a atuação do EE, capacitando-o para responder de forma responsável às diversas necessidades do serviço e para exercer uma liderança e gestão eficazes.

Assim, relativamente ao domínio da gestão dos cuidados, consideramos que foram cumpridas e desenvolvidas as competências associadas.

2.4 Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

No âmbito das competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, estas dizem respeito ao desenvolvimento do autoconhecimento e da assertividade; e basear a praxis clínica especializada em evidência científica (Regulamento n.º 140/2019, 2019). O EE deve demonstrar capacidade de autoconhecimento, uma competência essencial na prática de enfermagem, para agir com responsabilidade, maior competência e a basear a sua prática nos conhecimentos mais atualizados (Regulamento n.º 140/2019, 2019). De acordo com o disposto no artigo 97º do Código Deontológico (OE, 2015b) os enfermeiros devem exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, adotando as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem. O EE deve refletir sobre as suas experiências e identificar oportunidades de melhoria, tanto no conhecimento como na prática clínica, permitindo-lhe adaptar-se a diferentes contextos e responder de forma eficaz aos desafios diários decorrentes da sua prática, promovendo um ambiente seguro e de qualidade. A formação permanente e a atualização científica são basilares na atuação do enfermeiro. A investigação reveste-se de particular importância para a ER, uma vez que o processo de tomada de decisão dever basear-se na melhor e mais recente evidência científica, quer na identificação das necessidades das pessoas, quer na prescrição de intervenções, baseadas no juízo diagnóstico prévio (OE, 2023). É através da produção científica, que se demonstra o contributo em ganhos em saúde e na definição de recomendações que auxiliem os enfermeiros a alcançarem os padrões de qualidade (OE, 2023).

O ingresso no curso de mestrado representou um passo importante na autoformação, contribuindo significativamente para o desenvolvimento de competências profissionais. A componente de investigação, que será explicada no próximo capítulo, permitiu o desenvolvimento de conhecimentos na busca pela melhor evidência disponível e no acesso correto a diferentes bases de dados e plataformas, permitindo, através deste relatório, a difusão da evidência encontrada. A autoformação é essencial no contexto da prática clínica, capacitando o profissional a atuar de forma habilitada, incorporando na prática os mais recentes conhecimentos suportados pela evidência e impulsionando a realização de mais pesquisas no ambiente de trabalho, após a identificação de lacunas e oportunidades que justificam estudos (Mlambo et al., 2021).

Durante o estágio, foi constantemente desenvolvido um pensamento crítico-reflexivo, com discussão de casos clínicos em equipa, especialmente com os enfermeiros orientados, e participação em reuniões de enfermagem e reuniões multidisciplinares. Foram também promovidas diversas reuniões informais, conforme já mencionado. Houve uma preocupação contínua em manter presentes os protocolos e normas institucionais, com vista à garantia da melhor prestação de cuidados. Participamos nas formações em serviço desenvolvidas nos diversos locais onde decorreu o estágio, assim como outros eventos que surgiram na área da ER que enriqueceram a aprendizagem ao longo deste processo como por exemplo o “I Simpósio da Unidade de Acidente Vascular Cerebral do Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho” (ANEXO II), a “Aula aberta: da reabilitação à inclusão da pessoa com deficiência – Perspetivas (inter)nacionais” (ANEXO III) e, conforme já referido, participação no “II Congresso do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação” onde foi apresentado um póster (ANEXO I).

Consideramos fundamental que o enfermeiro cultive o autoconhecimento e atualize continuamente os seus conhecimentos, para responder de forma eficaz às necessidades específicas das pessoas e da sociedade. A sua prática clínica deve ser sempre baseada na melhor evidência disponível, garantindo cuidados de enfermagem de qualidade e excelência (A.C. Teixeira, 2021).

3. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação

A reabilitação, como especialidade multidisciplinar, abrange um conjunto de conhecimentos e procedimentos específicos que visam ajudar pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas a maximizar o seu potencial funcional, promover a independência, promover a satisfação da pessoa, preservando, desta forma, a autoestima (Regulamento n.º 392/2019, 2019, p. 13565). Com base nos problemas reais, nos potenciais da pessoa e nos objetivos delineados, o EEER concebe, implementa e monitoriza planos de ER diferenciados e individualizados (Regulamento n.º 392/2019, 2019).

A intervenção do EEER tem como objetivo promover o diagnóstico precoce e implementar ações preventivas para assegurar a manutenção das capacidades funcionais da pessoa, prevenir complicações e evitar o surgimento de incapacidades (Regulamento n.º 392/2019, 2019). Além disso, visa proporcionar intervenções terapêuticas que melhorem as funções remanescentes, mantenham ou restabeleçam a independência nas AVD e minimizem o impacto das incapacidades instaladas nomeadamente ao nível das funções neurológicas, respiratórias, cardíacas e ortopédicas (Regulamento n.º 392/2019, 2019). As competências específicas do EEER, descritas no Regulamento n.º 392/2019 da OE, representam o conjunto de competências clínicas especializadas que o EEER deve possuir. Este regulamento serve como enquadramento para a certificação dessas competências e esclarece à comunidade o que pode esperar da atuação do EEER, garantindo que as suas práticas respondam de forma adequada às necessidades identificadas (Regulamento n.º 392/2019, 2019).

As competências específicas do EEER dizem respeito a cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo vital, em todos os contextos da prática de cuidados; capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania; e maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa (Regulamento n.º 392/2019, 2019).

As competências mencionadas orientam os subcapítulos seguintes, onde é apresentada uma análise reflexiva e fundamentada das atividades realizadas ao longo dos diferentes contextos de estágio. Este percurso de aprendizagem, caracterizado por experiências diversificadas, permitiu desenvolver as competências específicas do EEER. Neste capítulo, será descrito de que forma essas atividades contribuíram para a aquisição de competências, bem como as dificuldades enfrentadas e as estratégias adotadas para as superar.

3.1 Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados

Esta competência refere-se à identificação das necessidades de intervenção especializada na ER em pessoas de todas as faixas etárias, que, devido à sua condição de saúde, deficiência, limitação de atividade e restrição de participação, estejam impossibilitadas de realizar as AVD de forma independente, seja de forma permanente ou temporária; e à conceção, implementação e avaliação dos planos e programas especializados almejando a qualidade de vida, a reintegração e a participação social (Regulamento n.º 392/2019, 2019).

As unidades de competência que sustentam esta competência equiparam-se à formulação de um plano de cuidados de enfermagem, estruturando-se em etapas claras e definidas (Alexandre, 2020). Primeiramente a avaliação e diagnóstico, em que envolve a análise da funcionalidade e a identificação de alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades (Regulamento n.º 392/2019, 2019). Segue-se a etapa da intervenção, onde são concebidos planos de intervenção que visam promover capacidades adaptativas para alcançar o autocontrolo e o autocuidado durante os processos de transição saúde/doença e ou incapacidade; e a implementação das intervenções planeadas, com o objetivo de otimizar e/ou reeducar funções em diferentes áreas, tais como motoras, sensoriais, cognitivas, cardíacas, respiratórias, da eliminação e da sexualidade (Regulamento n.º 392/2019, 2019). Por fim, a avaliação foca-se na análise dos resultados das intervenções implementadas para verificar a sua eficácia e ajustar/reformular as estratégias conforme necessário (Regulamento n.º 392/2019, 2019).

Durante o estágio, tivemos a oportunidade de implementar programas de reabilitação a pessoas nas várias faixas etárias e em diferentes contextos, quer em ambiente hospitalar, quer em ambiente domiciliário. Embora o contexto pediátrico tenha apresentado menos oportunidades, em todos os outros cenários pudemos desenvolver e aplicar esta competência. Cuidamos de pessoas com diversas patologias, limitações e objetivos, ajustando sempre a abordagem, de acordo com as suas necessidades específicas. Em cada intervenção, o foco principal foi a conceção e implementação de programas de reabilitação que promovessem a autonomia das pessoas na realização das suas AVD. Este processo envolveu a adaptação de estratégias individualizadas e o acompanhamento contínuo, de forma a capacitar as pessoas a recuperar ou maximizar a funcionalidade e independência. O EEER deve ter como especial cuidado o respeito pela autonomia da pessoa e da

família/cuidador, garantindo o envolvimento destes no processo de reabilitação (R. Silva et al., 2019).

É da responsabilidade do EEER, em conjunto com a pessoa, desenvolver planos de reabilitação com vista à reeducação funcional e readaptação à nova condição de saúde, sendo imprescindível a identificação das necessidades da pessoa, família/cuidador e os fatores inibidores ou facilitadores para a realização das AVD (R. Silva et al., 2019). Este processo é sustentado pela teoria das transições de Afaf Meleis, que enfatiza a importância do EEER de compreender e apoiar as pessoas nas suas transições, sejam elas relacionadas às mudanças na condição de saúde/doença, papel social ou adaptação a novos contextos de vida. Ao aplicar essa teoria, o EEER considera os fatores inibidores e facilitadores do processo, proporcionando intervenções que respeitam as necessidades individuais e facilitem uma transição saudável e bem-sucedida, com vista à mestria e à independência para as AVD (Ventura-Silva et al., 2021).

A utilização de escalas, questionários e instrumentos de medida desempenha um papel fundamental na atuação do EEER (Sá et al., 2023). Esses instrumentos são ferramentas essenciais que permitem uma avaliação precisa e objetiva, ajudando a identificar limitações, monitorizar a evolução do estado de saúde, monitorizar os resultados das intervenções e realizar os ajustes necessários, além de fundamentar a tomada de decisão clínica (Ginó, 2023; Loureiro, 2020). Estas ferramentas apoiam o diagnóstico e a identificação de necessidades específicas de reabilitação, ajudando o EEER a traçar um plano de intervenção individualizado e adequado às necessidades (Ginó, 2023). A prática clínica proporcionou-nos inúmeras oportunidades de aplicação destes instrumentos que contribuíram para uma maior segurança e eficácia nas intervenções, como também facilitou o desenvolvimento de um conhecimento mais aprofundado e sólido, enriquecendo a capacidade de tomada de decisão e a qualidade dos cuidados prestados.

3.2 Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania

Esta competência refere-se à análise das questões relacionadas com a deficiência, a limitação da atividade e a restrição de participação na sociedade atual, com o objetivo de desenvolver e implementar ações autónomas e/ou multidisciplinares de acordo com o contexto social, político e económico, promovendo uma consciência social inclusiva (Regulamento n.º 392/2019, 2019).

O maior desafio foi a prestação de cuidados de reabilitação em contexto de ECCL. As limitações impostas pelos recursos disponíveis, a qualidade habitacional e as inúmeras barreiras arquitetónicas presentes representaram obstáculos à implementação de planos de reabilitação, exigindo capacidade de adaptação, inovação e criatividade. Adicionalmente, o processo de ensino para consciencialização e promoção de mudanças nos hábitos de vida e adaptações no domicílio revelou-se igualmente desafiador. Ensinar e motivar as pessoas e a sua família/cuidador a adotar novas práticas e a lidar com as limitações impostas pelas condições de saúde requer, não apenas uma abordagem educativa, mas também empatia e persistência (Sousa et al., 2020).

No contexto domiciliário, o EEER enfrenta desafios relacionados com as condições físicas, económicas e as limitações e necessidades reais do dia a dia, o que exige uma abordagem flexível e personalizada, adaptando a reabilitação ao contexto real de vida com inclusão da pessoa e da família/cuidador. Por vezes as casas não estão preparadas para as necessidades da pessoa e cabe ao EEER identificar as barreiras existentes e ter sensibilidade para propor soluções acessíveis e adaptadas ao contexto socioeconómico de cada pessoa. Corroborado por R. Silva e seus colaboradores (2019) que defendem que o EEER, com vista a alcançar o potencial máximo em saúde, deve identificar e minimizar as barreiras arquitetónicas, promovendo um ambiente de segurança.

Incluir a família/cuidador nos cuidados é fundamental para o sucesso na recuperação e o EEER desempenha um papel crucial neste processo, capacitando-os para garantir que esta continue de forma eficaz e que sejam prevenidas complicações futuras (Romão, 2023; Sousa et al., 2020). Promover a maximização da autonomia, a reintegração social e nas suas rotinas diárias garantindo que tem as ferramentas e o suporte necessário, respeitar o ritmo e capacidades individuais e orientar o familiar/cuidador sobre como apoiar essa autonomia de forma segura e adequada, são objetivos do EEER (Sousa et al., 2020).

Ao longo deste percurso, foram realizados ensinamentos à pessoa e ao familiar/cuidador com o objetivo de capacitar sobre técnicas específicas para a satisfação do autocuidado e foram dotados de conhecimento sobre utilização de produtos de apoio, nomeadamente ajudas técnicas e dos recursos disponíveis na comunidade, tal como já referido anteriormente. As ajudas técnicas integraram diversos planos de reabilitação, sendo cuidadosamente selecionadas, após uma avaliação centrada em cada pessoa, permitindo adaptar as intervenções às necessidades individuais, promovendo a autonomia nas AVD e a participação social ativa (Matos & Simões, 2022). A escolha de ajudas técnicas reflete o compromisso em fornecer uma reabilitação personalizada, reforçando a confiança nos cuidados prestados.

Privilegiamos uma abordagem centrada não apenas no diagnóstico, mas nas potencialidades da pessoa, gerindo as expectativas de todos os intervenientes no processo, o que se revelou um desafio.

Apesar das dificuldades, a personalização das intervenções e o foco na superação das barreiras identificadas permitiram progressos significativos na reabilitação, promovendo sempre a autonomia da pessoa para a realização das AVD e maximização da qualidade de vida. Além de permitir o desenvolvimento de competências específicas do EEER e o crescimento profissional. Esta experiência reforçou a capacidade de resposta de forma eficaz e autónoma às exigências da prática clínica, consolidando as competências para fornecer cuidados de reabilitação de excelência.

3.3 Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa

Esta competência refere-se à interação do EEER com a pessoa, com o objetivo de desenvolver atividades que maximizem as suas capacidades funcionais, promovendo um melhor desempenho motor, cardíaco e respiratório, e potencializando o rendimento e o desenvolvimento pessoal (Regulamento n.º 392/2019, 2019).

Ao longo deste percurso, como já mencionado, a abordagem direcionou-se às necessidades da pessoa, permitindo uma reabilitação personalizada, alinhada com os seus objetivos individuais. Esta prática centrada na pessoa valorizou não apenas a sua situação clínica, mas também o seu contexto familiar, social e económico, garantindo que os cuidados prestados fossem adaptados à sua realidade. Este processo facilitou a identificação das necessidades e potencialidades individuais, permitindo a definição de cuidados específicos com vista à maximização da funcionalidade e autonomia. Os programas de reabilitação foram reformulados e adaptados em conformidade com as necessidades e as alterações apresentadas pela pessoa, com o objetivo de promover a recuperação de funções específicas e o fortalecimento das capacidades já adquiridas.

Tal como já mencionado, os planos de intervenção consideraram os objetivos individuais de cada pessoa, um exemplo é o caso de uma pessoa idosa que, após a colocação de uma prótese total de anca, ficou limitada ao leito devido à falta de ensino aos familiares e cuidadores sobre como realizar transferências. Após a intervenção do EEER, essa pessoa conseguiu recuperar grande parte da sua independência, superando desafios como a presença de escadas para aceder à rua e entrada e saída de veículos. Este processo resultou em ganhos significativos e uma recuperação notável, considerando o seu estado geral no

momento da admissão em ECCI. Um dos objetivos dessa pessoa era dar um passeio à beira-mar com a família, e, ao manter-se motivada para alcançar este objetivo, e com apoio de uma equipa multidisciplinar de ECCI alinhada com o mesmo, conseguiu realizar essa experiência, revelando-se impactante no seu estado emocional. Foram várias as situações de recuperação e superação que presenciamos, sendo evidente que o EEER, inserido numa equipa multidisciplinar, faz a diferença na qualidade de vida da pessoa e na obtenção de ganhos em saúde (Duarte, 2020).

Para garantir a eficácia e a segurança dos programas de reabilitação, é imprescindível que sejam seguidos os critérios de segurança e que se identifiquem os potenciais riscos que possam comprometer a saúde e o bem-estar das pessoas (J.L.C. Oliveira et al., 2017). Como já exposto, a formação contínua é essencial para o EEER, garantindo que os conhecimentos estejam atualizados e com base na melhor evidência científica existente, proporcionando cuidados mais seguros e de maior qualidade. A tomada de decisão clínica foi sustentada pelas aprendizagens teóricas e práticas adquiridas, bem como pela evidência científica disponível. Destaca-se a contribuição positiva dos orientadores, que fomentaram o espírito crítico e reflexivo, enriquecendo o processo de formação. Houve uma busca contínua por conhecimento, permitindo uma decisão clínica eficaz e segura, refletindo-se diretamente na qualidade dos cuidados prestados.

O papel do EEER na capacitação da pessoa para a autogestão da doença é fundamental para garantir uma reabilitação eficaz (Ginó, 2023). O EEER promove a educação em saúde de forma a capacitar a pessoa para a tomada de decisão informada e para que esta participe ativamente no seu plano de cuidados, proporcionando um ambiente de confiança que permita a exposição de dúvidas, dificuldades e preocupações (Sousa et al., 2020). Este profissional atua como facilitador, orientando a pessoa a compreender melhor a sua condição de saúde e a desenvolver competências para lidar com a sua condição de forma autónoma. Esta capacitação envolve o ensino de práticas e estratégias que permitem à pessoa identificar sinais de alarme, gerir sintomas e adotar comportamentos saudáveis que contribuem para a sua recuperação e bem-estar, aumentando a eficácia dos cuidados e a qualidade de vida. Competências que foram desenvolvidas ao longo deste percurso.

O conjunto de experiências descritas contribuiu para a aquisição das competências específicas enquanto futuros EEER.

4. Considerações finais

A realização do estágio proporciona um ambiente privilegiado para a aprendizagem, permitindo que o conhecimento seja consolidado na prática da prestação de cuidados, facilitando a aplicação dos conceitos teóricos em situações reais e promovendo o desenvolvimento de competências essenciais para a atuação profissional (OE, 2021). O estágio é uma experiência fundamental para o desenvolvimento de competências comuns e específicas que são essenciais para a prestação de cuidados de enfermagem especializada. É essencial que o EEER, no âmbito da prestação de cuidados, compreenda as dinâmicas próprias da sua intervenção (OE, 2021).

Este relatório apresenta uma síntese das atividades realizadas ao longo do processo formativo, destacando como cada uma contribuiu para a aquisição e desenvolvimento das competências essenciais para a prática profissional. Além disso, oferece uma reflexão crítica, objetiva e contextualizada sobre o trabalho realizado, fundamentando a tomada de decisão. O contato direto com pessoas em diferentes fases de reabilitação, com necessidades e objetivos variados, permitiu aplicar o conhecimento teórico à prática clínica e promover o crescimento profissional. Essa experiência também facilitou a elaboração de planos de cuidados personalizados e fortaleceu a colaboração com a equipa multidisciplinar. O estágio foi crucial para aprimorar as habilidades interpessoais, como a construção de relações de confiança com as pessoas e as suas famílias/cuidadores, e para o fortalecimento da comunicação e empatia, elementos essenciais para garantir a adesão ao plano terapêutico.

Tanto o estágio quanto a elaboração deste relatório foram fundamentais para nossa formação enquanto futuros EEER, permitindo o desenvolvimento das competências necessárias para uma atuação de excelência. Esse processo de crescimento foi enriquecido pela orientação de profissionais qualificados e inspiradores. A troca de experiências e os conhecimentos adquiridos contribuíram diretamente para a construção da nossa identidade profissional, consolidando os valores e as responsabilidades que norteiam a função do EEER. Este processo de formação também proporcionou uma reflexão profunda sobre o papel do EEER na equipa de saúde e sobre como podemos impactar positivamente a vida das pessoas. Ao considerar os contributos pessoais e profissionais que o estágio trouxe para nossa prática, podemos afirmar que ele foi crucial para moldar a nossa visão do cuidado e a construção da nossa identidade enquanto futuros EE.

Intervenções de enfermagem à pessoa com disfagia após acidente vascular cerebral e ao seu familiar cuidador –
uma scoping review

PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO

1. Resumo

Enquadramento: O Acidente Vascular Cerebral impacta significativamente a vida da pessoa e da sua família. Entre as complicações mais comuns está a disfagia. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação tem um papel crucial na recuperação funcional da pessoa mas também na capacitação da mesma e do familiar cuidador, através de ações ao nível do ensino e do treino para promoção da autonomia e prevenção de complicações.

Objetivo: Mapear a evidência científica acerca das intervenções dirigidas à pessoa com disfagia após Acidente Vascular Cerebral e ao seu familiar cuidador.

Material e métodos: Trata-se de uma *Scoping Review*, desenvolvida segundo a metodologia proposta pelo *Joanna Briggs Institute*, realizada nas bases de dados MEDLINE via PubMed®, *CINAHL® Complete* via EBSCOhost e *SciElo* entre janeiro e fevereiro de 2024. Foi considerada, adicionalmente, a literatura cinzenta com recurso ao Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal. Foi também realizada pesquisa de estudos por referências bibliográficas. Inclui-se quaisquer tipos de estudos publicados, quantitativos, qualitativos, mistos, de revisão e estudos de caso, nos idiomas português, inglês e espanhol, com participantes adultos e sem limite temporal. Como critério de exclusão foi considerado estudos que abordassem intervenções fora do âmbito das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Dois revisores independentes realizaram a análise da relevância dos estudos, extração e síntese dos dados. Recorreu-se a um terceiro revisor em caso de discordância.

Resultados: Dos 136 estudos obtidos foram analisados 4, por responderem aos critérios de elegibilidade, tendo sido possível identificar 4 áreas de intervenção: estratégias de reabilitação, estratégias compensatórias, educação e higiene oral. Essas abordagens apresentaram eficácia no tratamento à pessoa com disfagia. Relativamente às intervenções dirigidas ao familiar cuidador apenas foram integradas no âmbito da educação.

Conclusão: As intervenções encontradas poderão apoiar os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação na tomada de decisão fundamentada, orientando a implementação de intervenções à pessoa com disfagia após AVC e ao seu familiar cuidador com vista a ganhos em saúde. Além disso, contribuirão para a implementação de um projeto de melhoria contínua num hospital da região Norte.

Palavras-chave: Enfermagem de Reabilitação, Disfagia, Acidente Vascular Cerebral, Familiar cuidador, saúde

2. Abstract

Background: A stroke has a significant impact on the life of the person and their family. Dysphagia is one of the most common complications. The Rehabilitation Nursing Specialist plays a crucial role in the functional recovery of the person, but also in empowering them and their family caregivers, through teaching and training to promote autonomy and prevent complications.

Objective: To map the scientific evidence on interventions aimed at people with dysphagia after a stroke and their family caregivers.

Material and Methods: This is a Scoping Review, developed according to the methodology proposed by the Joanna Briggs Institute, carried out in the MEDLINE databases via PubMed®, CINAHL® Complete via EBSCOhost and SciELO between January and February 2024. Additionally, gray literature was considered using the Portuguese Open Access Scientific Repository. A search for studies by bibliographic references was also carried out. Any type of published studies, quantitative, qualitative, mixed, review and case studies, in Portuguese, English and Spanish, with adult participants and without time limit were included. Studies that addressed interventions outside the scope of the competences of the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing were considered as exclusion criteria. Two independent reviewers performed the analysis of the relevance of the studies, extraction and synthesis of the data. A third reviewer was used in case of disagreement.

Results: Of the 136 studies obtained, 4 were analyzed, as they met the eligibility criteria, and it was possible to identify 4 areas of intervention: rehabilitation strategies, compensatory strategies, education and oral hygiene. These approaches were effective in the treatment of people with dysphagia. Regarding the interventions aimed at the family caregiver, they were only integrated in the scope of education.

Conclusion: The interventions found may support Specialist Nurses in Rehabilitation Nursing in making informed decisions, guiding the implementation of interventions for people with dysphagia after a stroke and their family caregivers with a view to health gains. In addition, they will contribute to the implementation of a continuous improvement project in a hospital in the North region.

Keywords: Rehabilitation Nursing, Dysphagia, Stroke, Family Caregiver, Health

3. Fundamentação/enquadramento teórico

Segundo a *World Health Organization* (WHO) (2021) as doenças cardiovasculares (DCV) representam a principal causa de morte em todo o mundo, estimando-se que 17,9 milhões de pessoas morreram de DCV em 2019, representando cerca de 32% do total de mortes. De acordo com dados do INE (2024) em Portugal, no ano de 2022, o AVC esteve na origem do maior n.º de mortes, com um total de 9 616 óbitos, representando 7,7% do total de óbitos, verificando-se um aumento comparativamente a 2021. Até 2035, prevê-se um aumento de 45% no n.º de óbitos causados por AVC (Cernadas, 2021). Na Europa, a estimativa é de 34%, com um crescimento de 25% nas sequelas de longo prazo entre os sobreviventes de AVC, refletindo o impacto significativo desta condição na saúde pública (Cernadas, 2021).

O AVC, considerada uma doença silenciosa, caracteriza-se pelo distúrbio na irrigação sanguínea, com início súbito e com a instalação de défice neurológico que persiste por um período superior a 24 horas sem outra causa aparente que a de origem vascular (A.M.G. Fernandes et al., 2018). Esta condição clínica divide-se em dois tipos principais: o AVC isquémico, sendo o mais comum, que resulta da obstrução da circulação sanguínea, frequentemente causada por fenómenos de aterosclerose ou embolia; e o AVC hemorrágico, que ocorre devido ao extravasamento de sangue para o espaço subaracnoideu ou para o tecido cerebral (Freitas et al., 2024). As sequelas decorrentes de um AVC variam conforme o tempo de perfusão inadequada, a localização da lesão vascular e a presença de circulação colateral (Freitas et al., 2024).

O AVC constitui-se uma das principais causas de incapacidade a nível global (Macedo et al., 2023). São vários os fatores de risco cardiovasculares relacionados com esta patologia nomeadamente hipertensão arterial, diabetes mellitus, dislipidemia, obesidade, tabagismo, arritmias (como a fibrilhação auricular), idade avançada e sedentarismo (Machado et al., 2020). Quase metade da mortalidade relacionada ao AVC pode ser atribuída a fatores de risco modificáveis (Avan et al., 2019). O tratamento do AVC agudo implica internamento hospitalar, garantindo cuidados de qualidade e segurança (Matos & Simões, 2022). O principal objetivo é promover a recuperação funcional da pessoa, facilitando a sua reintegração no ambiente familiar e, sempre que possível, no contexto laboral (Matos & Simões, 2022). Dada a diversidade de manifestações clínicas do AVC, é fundamental que a assistência seja eficaz e eficiente (Freitas et al., 2024).

Os sobreviventes do AVC muitas vezes enfrentam desafios e sequelas que comprometem a realização das AVD e a sua independência funcional (Macedo et al., 2023). Dada a

complexidade da reabilitação após um AVC, os progressos têm sido desafiadores, pois envolvem múltiplos domínios interligados, como por exemplo motores, sensoriais, cognitivos e ao nível da alimentação e da linguagem (Bernhardt et al., 2023). Além disso, o processo de reabilitação conta com a participação de vários intervenientes, incluindo a pessoa, a família/cuidador e a equipa multidisciplinar (Bernhardt et al., 2023).

O AVC surge de forma súbita, impactando negativamente a vida da pessoa e da sua família, resultando frequentemente em algum grau de dependência, sendo a disfagia orofaríngea uma das complicações mais frequentes (I.J. Oliveira et al., 2023). Isto deve-se ao facto do AVC causar alterações no funcionamento das estruturas associadas à deglutição, comprometendo a sua eficácia e segurança (A.R.F.T. Silva, 2019). Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) entende-se por deglutir a “passagem dos líquidos e dos alimentos fragmentados, pelo movimento da língua e dos músculos, da boca para o estômago através da orofaringe e esófago” (*International Council of Nurses [ICN], 2019*). A deglutição é um processo dinâmico e complexo tendo como função primordial satisfazer as necessidades nutricionais da pessoa, mas também proporcionar prazer (T. P. Santos et al., 2023). Caracteriza-se pelo movimento de substâncias, líquidas ou sólidas, da cavidade oral para o estômago, através da faringe e do esófago, envolvendo estruturas interdependentes controladas pelo sistema nervoso, nomeadamente pares cranianos e mais de 30 músculos (Panara et al., 2023). É coordenada por uma rede neuronal complexa, sendo no tronco cerebral, mais propriamente no bulbo, que se encontra o centro responsável pela geração do padrão de deglutição (I.J. Oliveira, 2022). Esta via partilha a anatomia com as vias aéreas superiores, pelo que o mecanismo de deglutição desempenha um papel crucial na proteção da via aérea (P.C.L. Silva, 2018; Panara et al., 2023). A compreensão da fisiologia da deglutição é crucial na atuação do EEER. O processo de deglutição decorre de várias fases, não havendo consistência na definição do n.º de fases na literatura (P.C.L. Silva, 2018). Segundo Panara e seus colaboradores (2023), o modelo atual de deglutição envolve três fases principais: a fase oral, a faríngea e a esofágica. A fase oral, de controlo voluntário, é frequentemente dividida em duas etapas: a preparação oral ou também denominada fase oral preparatória, e a propulsão oral (Panara et al., 2023; P.C.L. Silva, 2018). Existem autores que acrescentam uma fase, denominada como antecipatória, porque antes do alimento entrar na cavidade oral, a pessoa toma decisões sobre o tipo, o volume do alimento e o ambiente da refeição (Feiteirona, 2020). A fase faríngea, de controlo involuntário, caracteriza-se pelo encerramento da nasofaringe para evitar escape para a cavidade nasal e encerramento das vias aéreas para evitar a entrada de alimentos, prevenindo a aspiração (Panara et al., 2023). A fase esofágica, involuntária, caracteriza-se pela progressão do bolo alimentar pelo esófago através de fenómenos de peristaltismo, até que este passe pelo esfíncter esofágico inferior e entre no estômago (Panara et al., 2023). Todo esse processo é

cuidadosamente sincronizado para garantir a deglutição segura, minimizando ocorrência de riscos, quando ocorre alteração em alguma das fases, a deglutição fica comprometida, ou seja estamos perante uma pessoa com disfagia. Torna-se assim necessária a definição de disfagia, caracterizando-se por um distúrbio da deglutição, com dificuldade no transporte dos alimentos desde a cavidade oral até ao trato gastrointestinal (Labeit et al., 2022). Esta dificuldade pode ocorrer em diferentes fases do processo. Quando está relacionado com as fases iniciais da deglutição, ou seja, no transporte do alimento ou líquido da boca até à faringe, denomina-se disfagia orofaríngea; quando se refere à dificuldade na passagem do alimento do esófago para o estômago, chama-se disfagia esofágica (Malagelada et al., 2015).

Tal como já referido, a disfagia tem um impacto negativo na vida da pessoa, com implicações graves para a saúde, como a pneumonia, a desidratação, a desnutrição, a perda da qualidade de vida e até a morte (Venkat, 2024; Chen et al., 2024). Middleton e seus colaboradores (2017) defendem que a abordagem à pessoa com disfagia após o AVC através de intervenções sistematizadas, revela efeitos na redução da mortalidade e morbidade. Esta condição está relacionada a um aumento na utilização e nos custos dos cuidados de saúde que contribui para a sobrecarga dos sistemas de saúde, destacando-se a urgência de implementar estratégias de intervenção mais eficazes (Batista et al., 2023; Labeit et al., 2022). A sua incidência na fase aguda do AVC pode atingir os 80% (Takizawa et al., 2016). Face à incidência desta complicação e ao impacto negativo a nível social, psicológico e económico, torna-se crucial atuar e desenvolver diretrizes clínicas na abordagem à pessoa com esta condição, desde a sua instalação até ao regresso à família/comunidade sendo facilitador para o processo de reconstrução de autonomia e adaptação à nova condição de saúde (Aires et al., 2021; I. J. Oliveira, 2022).

Devido à sua complexidade, a disfagia exige uma abordagem multidimensional, de forma a permitir o planeamento de intervenções individualizadas e ajustadas às necessidades de cada pessoa (Rivelsrud et al., 2023). A reabilitação da disfagia pode revelar-se um processo longo. Estudos indicam que entre 11% a 50% das pessoas com disfagia após um AVC não apresentam uma melhoria significativa na função de deglutição seis meses após o evento, o que evidencia o grande desafio tanto para as pessoas afetadas quanto para os seus familiares/cuidadores (Chen et al., 2024). Importa definir o conceito de cuidador, que segundo a CIPE® entende-se como aquele que assiste na identificação, prevenção ou tratamento da doença ou incapacidade; aquele que atende às necessidades de um dependente, e por familiar cuidador como o responsável pela prevenção e tratamento da doença ou incapacidade de um membro da família (ICN, 2019). É importante destacar que,

na maioria, os cuidadores são familiares (A.R.F.T. Silva, 2019). Daí a definição de ambos os conceitos e a adoção do termo familiar cuidador nesta ScR.

A reabilitação deve ser iniciada o mais precocemente possível, com o objetivo de minimizar sequelas e permitir que a pessoa atinja o seu máximo potencial funcional (Pereira et al., 2022). A enfermagem, enquanto profissão centrada no cuidado, desempenha um papel fundamental nesse processo, em colaboração com a equipa multidisciplinar (Pereira et al., 2022). Os EEER assumem uma função diferenciada ao prestar cuidados especializados que promovem a recuperação funcional, preservam a autoestima e a melhoria da qualidade de vida da pessoa (Pereira et al., 2022). Além disso, o EEER deve envolver o familiar/cuidador, fornecendo informações e suporte necessário ao nível do ensino e da capacitação para que sejam participantes ativos neste processo, desde o momento de admissão, garantindo que as intervenções são personalizadas e alinhadas com os objetivos e necessidades específicas da pessoa (Pereira et al., 2022).

Uma das maiores dificuldades surge quando a pessoa regressa ao domicílio, devido à exigência de continuidade dos cuidados que recai sobre os familiares ou cuidadores (Sá et al., 2020). A capacidade destes em assumir a responsabilidade pelos cuidados à pessoa dependente representa um desafio. Assim, capacitar tanto a pessoa quanto os cuidadores para a nova realidade torna-se uma estratégia essencial, garantindo que ambos estejam preparados para lidar com as necessidades de cuidado diário e com a adaptação às mudanças impostas pela condição de saúde. Dado que as sequelas do AVC são frequentes e podem resultar em perdas temporárias ou permanentes, é fundamental que toda a dinâmica familiar se adapte às novas situações (Sá et al., 2020). Essa adaptação envolve mudanças na dinâmica e na reorganização das responsabilidades, a fim de garantir o bem-estar da pessoa e o equilíbrio familiar (Sá et al., 2020). O regresso a casa é um indicador de reabilitação com sucesso e, conseqüentemente, um indicador de qualidade (Matos & Simões, 2022). Durante o internamento, é elaborado um plano de reabilitação que vai desde a admissão até à alta, sendo ajustado e adaptado conforme a avaliação e evolução da pessoa e nesse plano deve estar integrado o ensino ao familiar/cuidador (Matos & Simões, 2022). Os enfermeiros devem ser capazes de identificar, para cada diagnóstico de enfermagem, as intervenções mais adequadas e com maior potencial em termos de resultado (Néné e Sequeira, 2022). Este conhecimento é fundamental para que possam informar as pessoas de forma clara e fundamentada, permitindo-lhes participar ativamente no processo de tomada de decisão em conformidade com os seus objetivos e necessidades de saúde (Néné e Sequeira, 2022).

A pessoa após AVC, assim como os seus familiares/cuidadores, passam por múltiplas transições ao longo do curso da doença. Essas transições envolvem alterações nas condições de saúde e na dinâmica de cuidados, originando diversas necessidades. A colaboração dos profissionais de saúde, nomeadamente no acompanhamento desde o internamento e após a alta devem ser integrados, a fim de apoiar as pessoas e os seus familiares/cuidadores (Chen et al., 2024). Esse suporte contínuo é essencial para garantir uma transição bem-sucedida e a manutenção da qualidade de vida, assim como evicção e deteção atempada de possíveis complicações. O desafio para os enfermeiros é compreender os processos de transição e criar intervenções terapêuticas de empoderamento e capacitação que favoreçam a recuperação e o bem-estar (Sousa et al., 2020). Desenvolver e implementar ações ao nível do ensino, instrução e treino tornam-se fundamentais para lidar com as necessidades quotidianas, como a satisfação das AVD, bem como para a realização de cuidados preventivos e de vigilância (Sousa et al., 2020).

Compreendendo a temática em questão e o estado da arte da problemática da revisão, procede-se às seguintes fases da componente de investigação.

4. Finalidade e objetivo

A Prática Baseada em Evidência (PBE) é uma abordagem que visa fundamentar as decisões clínicas na melhor evidência científica disponível, integrando-a com a experiência clínica do profissional e as preferências, valores e necessidades individuais da pessoa a quem os cuidados são dirigidos (Lopes-Júnior, 2023). Tem como objetivo central promover decisões clínicas seguras e eficazes, garantindo a qualidade e segurança dos cuidados, e promover melhores resultados em saúde (Lopes-Júnior, 2023). A PBE tem início com uma pergunta ou reflexão sobre uma inquietude ou dificuldade determinada na prática, que impulsiona o processo de pesquisa, análise e síntese das melhores evidências disponíveis, culminando na sua aplicação prática (I.J. Oliveira et al., 2023). Este método garante que as decisões clínicas sejam fundamentadas em evidências atualizadas, permitindo a tradução dessa evidência para a prática (I.J. Oliveira et al., 2023).

Dada a relevância da temática e a atuação do EEER na gestão da disfagia, é fundamental que as intervenções sejam fundamentadas em evidência científica, de modo a sustentar o processo de tomada de decisão. Esse modelo de cuidados fundamentado em evidência garante a prestação de cuidados com elevados padrões de segurança, qualidade e eficácia, com o objetivo de promover ganhos significativos em saúde (Pina et al., 2020). Torna-se essencial identificar as intervenções que apoiem o processo de tomada de decisão dos EEER na elaboração de planos de intervenção direcionadas à pessoa com disfagia após AVC e ao seu familiar cuidador.

É finalidade deste estudo sistematizar a prática dos EEER através da compreensão das intervenções recomendadas com base na evidência, especificamente no âmbito da atuação à pessoa com disfagia após AVC e ao seu familiar cuidador, com vista à elaboração futura de um PMCQCE num hospital da região Norte.

Foi realizada uma pesquisa preliminar na *JBI Evidence Synthesis*, na MEDLINE via PubMed® e na *CINAHL®Complete* via EBSCOhost e não foram identificadas revisões sistemáticas ou ScR, publicadas com o mesmo objetivo.

Assim, procedeu-se à realização de uma ScR como resposta à questão “Quais as intervenções dirigidas à pessoa com disfagia após AVC e ao seu familiar cuidador?” com o objetivo de mapear a evidência científica acerca das intervenções dirigidas à pessoa com disfagia após AVC e ao seu familiar cuidador.

Intervenções de enfermagem à pessoa com disfagia após acidente vascular cerebral e ao seu familiar cuidador –
uma scoping review

Este trabalho está inserido no âmbito do projeto “ePowerCare4All - *Together we achieve wellness*” em desenvolvimento na ESSNorteCVP.

5. Metodologia

Como já descrito, para dar resposta à componente de investigação, realizou-se uma ScR seguindo a metodologia proposta pelo *Joanna Briggs Institute* (JBI) e com o apoio da *checklist Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews* (PRISMA-ScR) (Peters et al., 2020; Tricco et al., 2018). O objetivo de uma ScR é mapear a evidência disponível acerca de uma temática, contribuindo para a identificação de lacunas na literatura (Peters et al., 2020). Este tipo de revisão é frequentemente um precursor das revisões sistemáticas (Peters et al., 2020).

O protocolo desta ScR foi registado na *Open Science Framework* (OSF) tendo como identificador: DOI 10.17605/OSF.IO/NBF9W.

Neste capítulo será descrito todo o processo metodológico desenvolvido para a concretização da ScR.

5.1. Desenho do estudo

A definição da questão de investigação é essencial na condução de uma ScR (Peters et al., 2020).

Tal como já referido, foi elaborada a seguinte questão “Quais as intervenções dirigidas à pessoa com disfagia após AVC e ao seu familiar cuidador?” com base nos componentes População, Conceito e Contexto (PCC) que definiram os critérios de elegibilidade, conforme definido por Peters e seus colaboradores (2020) e que se encontram descritos na Tabela 1. Para o desenvolvimento da ScR seguiu-se a estratégia de pesquisa recomendada pelo JBI, decorrendo em três fases (Peters et al., 2020).

Realizou-se uma pesquisa inicial na MEDLINE via PubMed® para identificar os termos a utilizar (Tabela 1), a partir dos Descritores em Ciências da Saúde/*Medical Subject Headings* – (DeCS/MeSH) definidos, analisando as palavras contidas no título e no resumo e as palavras-chave utilizadas para descrever os estudos, que permitiram concretizar a frase booleana.

Posteriormente procedeu-se à pesquisa nas bases de dados MEDLINE via PubMed®, *CINAHL*® *Complete* via EBSCOhost e *Scientific Electronic Library* (SciELO) entre janeiro e fevereiro de 2024. Para a pesquisa de literatura cinzenta recorreu-se ao Repositório Científico de Acesso

Intervenções de enfermagem à pessoa com disfagia após acidente vascular cerebral e ao seu familiar cuidador – uma scoping review

Aberto de Portugal (RCAAP). Foi também realizada pesquisa de estudos por referências bibliográficas, considerados potencialmente relevantes a partir dos estudos incluídos.

Tabela 1: Descrição do PCC, termos DeCS /MeSH e outros termos de pesquisa

PCC		Termos DeCS/MeSH	Outros Termos de Pesquisa
População	Pessoa com AVC;	<i>Stroke</i>	<i>Famil*</i>
	Familiar cuidador	<i>Caregivers</i>	<i>Caregiver*</i>
Conceito	Intervenções; Disfagia		<i>Intervention</i>
			<i>Exercise</i>
		<i>Psychosocial</i>	<i>Engagement</i>
		<i>Intervention</i>	<i>Nutritional intervention</i>
		<i>Rehabilitation</i>	<i>Swallowing disorders</i>
		<i>Dysphagia</i>	
		<i>Deglutition</i>	
Contexto	Em qualquer contexto da prática clínica	-	-

As frases booleanas construídas foram adaptadas a cada base de dados, de acordo com as suas especificidades, conforme apresentado na Tabela 2. Para gerir e organizar os resultados, a totalidade dos estudos identificados nas bases de dados foram carregados e agrupados na plataforma *online Rayyan*, permitindo exclusão dos duplicados, relativamente ao RCAAP essa seleção foi efetuada manualmente.

Tabela 2: Frases booleanas

Base de dados	Frase booleana
MEDLINE® via PubMed	((stroke) AND (((caregivers) OR (famil*)) OR (caregiver*))) AND ((((((Psychosocial Intervention) OR (Intervention)) OR (Rehabilitation)) OR (Exercise)) OR (involvement)) OR (nutritional intervention))) AND (((Swallowing disorders) OR (Deglutition)) OR ((Dysphagia)))

<i>CINAHL® Complete</i> via EBSCOhost	(stroke) AND ((caregivers) OR (famil*)) AND ((Psychosocial Intervention) OR (Intervention) OR (Rehabilitation)) AND ((Deglutition disorders) OR (Swallowing disorders) OR (Deglutition) OR (Dysphagia))
<i>Scielo</i>	(stroke) and (intervention) and (dysphagia)
RCAAP	(stroke) and (intervention) and (dysphagia OR Deglutition disorders)

Definiu-se como critérios de inclusão a integração de quaisquer tipos de estudos publicados, quantitativos, qualitativos, mistos, de revisão e estudos de caso, nos idiomas português, inglês e espanhol, com participantes adultos e sem limite temporal. Como critério de exclusão foi considerado estudos que abordassem intervenções fora do âmbito das competências do EEER.

Dois revisores independentes procederam à análise da relevância dos estudos, bem como à extração e síntese dos dados. Numa primeira fase, realizou-se a seleção dos estudos através da leitura do título e resumo, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão anteriormente definidos. Importa destacar que se recorreu a um terceiro revisor, para resolução de discordâncias na inclusão dos estudos.

Posteriormente, avançou-se para a leitura integral dos estudos selecionados na fase anterior, resultando nos estudos incluídos nesta revisão. Esses estudos, encontram-se descritos numa tabela de extração de dados desenvolvida pelos autores, que se encontra no capítulo seguinte. Por se tratar de uma ScR, não foi necessário realizar avaliação da qualidade metodológica dos estudos, de acordo com o preconizado na JBI (Peters et al., 2020).

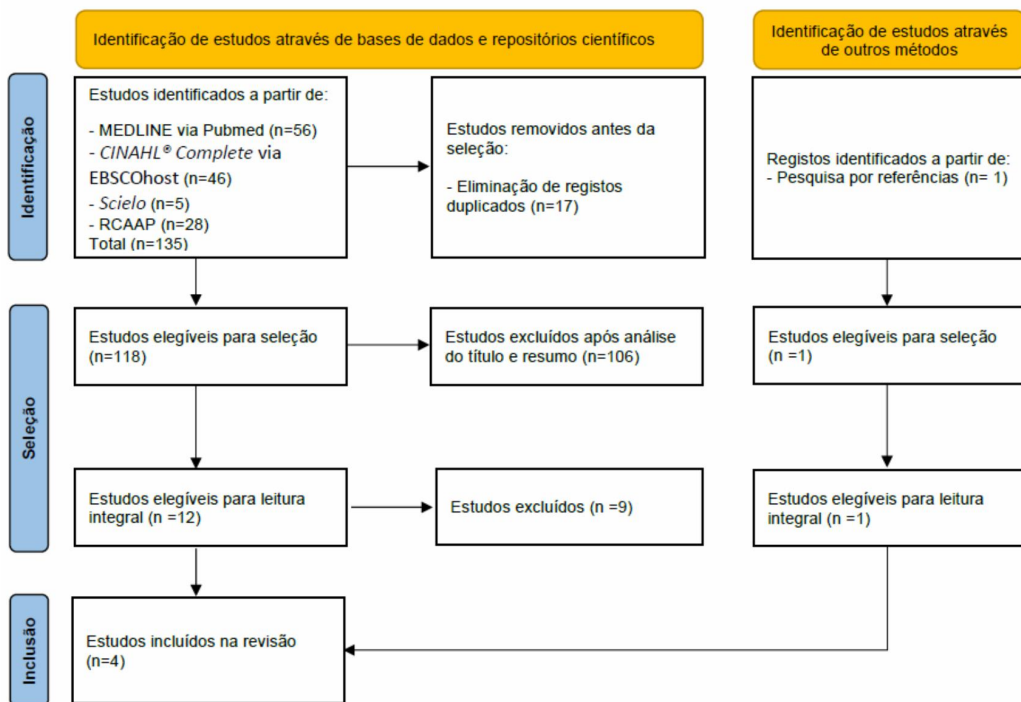
5.2. Considerações éticas

A presente ScR seguiu uma metodologia rigorosa, garantindo autenticidade e respeito pelas diversas fontes, com a correta referência bibliográfica. O princípio da integridade académica foi mantido ao longo de todo o processo, assegurando a correta citação e identificação de referências, preservando a fidelidade ao autor original. Este estudo não apresenta conflitos de interesse e não foi necessária obtenção de parecer ético uma vez que compilou dados de acesso público.

6. Resultados

Da pesquisa total realizada resultaram 136 estudos, 107 resultaram de pesquisa em bases de dados, acrescidos de 28 registos encontrados na literatura cinzenta, e 1 registo através da pesquisa por referências. Destes, foram excluídos 17 duplicados. Após o processo de seleção, tendo em conta os critérios de inclusão e exclusão foram incluídos para esta ScR, 4 estudos. De forma a permitir uma melhor organização e análise do processo e dos resultados da pesquisa, foi desenvolvido o fluxograma seguinte (Figura 1) com base no PRISMA 2020 *flow diagram for new systematic reviews which included searches of databases, registers and other sources* adaptado de Page et al. (2021).

Figura 1 - Fluxograma PRISMA-ScR adaptado de Page et al. (2021)



Podemos salientar que os estudos incluídos foram realizados em 2010, 2018, 2019 e 2023, nos Estados Unidos da América, em Portugal, na Polónia e, por último, novamente em Portugal, respetivamente.

Neste sentido, com o objetivo de organizar e analisar os resultados dos 4 estudos de forma clara, foi elaborada uma tabela pelos revisores (Tabela 3) incluindo dados sobre autores, ano, título, tipo de estudo, objetivo do estudo, intervenções e resultados relevantes tendo em conta o nosso objetivo, e principais conclusões.

Tabela 3 - Estudos incluídos

Estudo 1	
Autores/Ano	Garcia, J.M. & Chambers, E. (2010).
Título	Managing Dysphagia Through Diet Modifications
Tipo de estudo	Estudo descritivo transversal.
Objetivo	Discutir vários tipos e níveis de modificação de dieta.
Intervenções	<ul style="list-style-type: none">- Mudanças no posicionamento da cabeça como a rotação, flexão da cervical, deglutição dupla ou repetida.- Modificações na dieta (alteração na consistência dos alimentos líquidos e sólidos).- Uso de receitas padronizadas para garantir que os alimentos sejam modificados de forma consistente.
Resultados	As modificações de dietas são essenciais para uma gestão eficaz da disfagia. Essas modificações devem basear-se na capacidade de deglutição de cada pessoa e deve ser regularmente avaliado e ajustado. A formação sobre gestão da disfagia é essencial, incluindo a forma como os líquidos são espessados.
Principais conclusões	<p>A modificação da dieta é mais eficaz quando implementada por uma equipa multidisciplinar.</p> <p>O enfermeiro é essencial uma vez que se encontra em contacto mais próximo com a pessoa e pode monitorizar melhor a implementação da dieta bem como a identificação de problemas precocemente.</p>

Estudo 2

Autores/Ano	Silva, P.C.L. (2018).
Título	Cuidados de Enfermagem de Reabilitação em Doentes com Deglutição Comprometida: Resultados de um Programa de Intervenção
Tipo de estudo	Estudo de caso.
Objetivo	Demonstrar os resultados das intervenções de ER na pessoa com deglutição comprometida.
Intervenções	<p>Implementado programa de reeducação funcional na deglutição a pessoas com diagnóstico de AVC:</p> <ul style="list-style-type: none">- Exercícios de fortalecimento muscular;- Treino de posturas compensatórias;- Treino de manobras de deglutição compensatórias direcionadas para as disfunções detetadas. <p>Foram definidos 3 programas, com duração média de 30 minutos. Tendo em conta a fase da deglutição com maior compromisso foi selecionado um dos seguintes:</p> <ul style="list-style-type: none">- Programa 1 - direcionado à fase oral preparatória;- Programa 2 - direcionado à fase oral;- Programa 3 - direcionado à fase faríngea.
Resultados	<p>Após aplicar critérios de inclusão e exclusão foram incluídas 7 pessoas e destas, apenas 5 concluíram o programa. Duas finalizaram o programa sem evidenciar sinais de compromisso na segurança ou eficácia da deglutição.</p> <p>Todas concluíram o programa de intervenção a tolerar <i>bólus</i> de líquido e observou-se uma progressão gradual na tolerância de consistências</p>

	<p>dos alimentos sólidos. Todas apresentaram melhoria funcional da deglutição após o programa.</p> <p>No âmbito dos diagnósticos autocuidado beber comprometido e alimentar-se comprometido, todas apresentaram evolução positiva no grau de autonomia. Os resultados do programa de intervenção demonstram que os EEER desempenham um papel fundamental na intervenção precoce junto das pessoas com deglutição comprometida, sendo comprovada a melhoria funcional em todas que concluíram o programa.</p>
Principais conclusões	Tendo em conta as manifestações clínicas observadas foi fundamental o ajuste dos exercícios às necessidades individuais da pessoa, permitindo individualizar o plano de intervenção de acordo com a disfunção apresentada.

Estudo 3

Autores/Ano	Krajczyk, E., Krajczyk, M., Luniewski, J., Bogacz, K. & Szczegielniak, J. (2019).
Título	Assessment of the effects of dysphagia therapy in patients in the early post-stroke period: a randomised controlled trial
Tipo de estudo	Ensaio clínico randomizado aleatório.
Objetivo	Avaliar os efeitos da terapia da disfagia em pessoas no período inicial pós-AVC.
Intervenções	Foram definidos 2 grupos de 30 pessoas cada: grupo controlo (GC) e grupo de estudo (GE). Ambos tiveram educação sobre consumo seguro de alimentos e líquidos para as pessoas e seus cuidadores. Ao grupo de estudo foi aplicado um método de tratamento original que os autores desenvolveram, baseado na literatura e na própria experiência prática. Incluiu: adoção de posição de compensação de forma a facilitar a deglutição às refeições, exercícios de fortalecimento muscular ao nível dos vários músculos envolvidos na deglutição (com

	repetição de cada exercício 10 vezes), exercícios de reeducação funcional respiratória e exercícios de estimulação térmica.
Resultados	<p>Em relação ao GE:</p> <ul style="list-style-type: none"> - O reflexo de deglutição ineficaz e ausente foi observado em 44% antes da terapia e em 3% após a terapia; a deglutição eficaz aumentou de 57% para 97%. - Em relação à tosse, foi registada em 77% antes da terapia e em 46% após a terapia. O n.º de pessoas com ausência de tosse aumentou, o que pode indicar melhoria na função da deglutição e ausência de engasgamento. - O tempo médio de deglutição e o n.º médio de deglutições diminuiu. <p>Foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre os GE e GC após a terapia, ao nível:</p> <ul style="list-style-type: none"> - da melhoria no reflexo da deglutição, - da presença de tosse; - do tempo médio de deglutição.
Principais conclusões	Esta terapia melhorou a função da deglutição em pessoas com disfagia após AVC e pode reduzir as complicações associadas à disfagia.

Estudo 4

Autores/Ano	Sá, N.M.P., Oliveira, F., Sacramento, C., Almeida, F., & Oliveira, M.I. (2023).
Título	Programa de enfermagem de reabilitação na pessoa com deglutição comprometida em contexto de AVC: estudo exploratório
Tipo de estudo	Estudo quantitativo, exploratório, descritivo e retrospectivo.
Objetivo	Analisar os efeitos de um programa desenvolvido por EEER na reeducação funcional da pessoa com disfagia em contexto de AVC.

Intervenções	Delineado e implementado por EEER um programa estruturado de reabilitação em dias úteis, uma vez por dia, desde admissão até ao momento da alta sendo realizados os devidos ajustes de acordo com a avaliação individualizada: - Reeducação da função motora (10 minutos); - Estimulação sensitiva motora (10 minutos); - Reeducação funcional respiratória (10 minutos); - Estratégias compensatórias e facilitadoras da deglutição (tempo variável); - Adaptação da consistência alimentar; - Higiene oral duas vezes ao dia.
Resultados	Aplicado o programa a 104 pessoas, 50,5% apresentavam compromisso na deglutição à admissão. 40,4% apresentaram recuperação da capacidade normal de deglutição após intervenção do EEER.
Principais conclusões	O programa melhorou as capacidades de deglutição após a intervenção. A ER é crucial para a deteção e intervenção precoces.

7. Discussão

O diagnóstico precoce e a aplicação de programas adequados, reduzem as complicações associadas à disfagia após AVC (Krajczyk et al., 2019). Vários autores defendem que, dada a complexidade da disfagia, a sua gestão deve envolver uma equipa multidisciplinar com intervenções ajustadas às necessidades individuais (Garcia & Chambers, 2010; Lais et al., 2021; Rivelsrud et al., 2023). Frias e colaboradores (2015) corroboram estes dados, defendendo que a abordagem deve passar por uma equipa multidisciplinar, da qual o enfermeiro é elemento integrante e fundamental. Os mesmo autores referem que o sucesso da reabilitação depende da continuidade, da coordenação e da inter-relação entre a equipa de saúde e a pessoa alvo de cuidados.

O AVC pode provocar alterações no processo de deglutição de forma permanente ou temporária, podendo levar à necessidade de se manter um estilo de vida alterado à alta para domicílio, onde o EEER deve atuar. A pessoa com disfagia necessita, muitas vezes, do acompanhamento de um cuidador. Neste sentido, para que o programa de reabilitação obtenha ganhos é fulcral que se envolva o mesmo o mais precocemente nos cuidados (A.R.F.T. Silva, 2019). Pessoas com disfagia em condições estabilizadas, não necessitam de internamento hospitalar permanente pelo que a capacitação da pessoa e do familiar cuidador se revelam de extrema importância (Frias et al., 2015).

Prepará-los para o regresso a casa torna-se fundamental, sendo que o aumento do conhecimento e a capacidade para lidarem com a nova condição de saúde, neste caso em particular, com a disfagia, são atividades importantes para o EEER (Sá et al., 2020). Para Martin-Harris & Cherney (1996) independentemente da abordagem de intervenção adotada, a educação é crucial na reabilitação à pessoa com disfagia. Para estes autores e apoiado por Krajczyk e colaboradores (2019) um dos objetivos é facilitar o envolvimento ativo da pessoa mas também do familiar cuidador, aumentando a consciencialização e a compreensão da sua condição.

Partindo do objetivo desta ScR e da análise dos estudos iremos analisar as intervenções tendo em conta duas áreas de atuação: intervenções direcionadas à pessoa com disfagia após AVC e intervenções direcionadas ao familiar cuidador.

Relativamente ao ensino, esta intervenção deve estar presente tanto numa lógica de cuidados à pessoa como ao familiar cuidador. Partindo de uma avaliação individualizada da pessoa e quando se justificar, do seu familiar cuidador, quer dos conhecimentos, quer da

capacidade de deglutição, permitirá ao EEER definir o tipo e nível de acompanhamento, assim como as intervenções de capacitação à pessoa e ao familiar cuidador (A.R.F.T. Silva, 2019).

No estudo de Krajczyk e colaboradores (2019), tanto o grupo controlo como o grupo de estudo, integraram uma ação de formação sobre o consumo seguro de alimentos e líquidos que se estendeu ao cuidador. Esta medida parece-nos bastante importante e deve ser implementada nos programas o mais precoce possível para garantir que não é oferecido nenhum alimento à pessoa que possa colocar em risco a sua saúde, como está descrito no estudo de Garcia & Chambers (2010).

O plano de cuidados deve ser definido após serem estabelecidas as metas e os objetivos a serem alcançados, em conjunto com a pessoa e com o familiar cuidador. De acordo com A.R.F.T. Silva (2019), no que concerne ao cuidado à pessoa com disfagia, o EEER deve avaliar regularmente a evolução, qualificar a gravidade, detetar a causa e planejar um programa de reabilitação, com inclusão do familiar cuidador. Corroborado por P.C.L. Silva (2018) ao revelar, através do seu estudo, que a participação do cuidador no processo de reabilitação demonstrou-se fundamental, reforçando a importância do seu papel na continuidade dos cuidados. No entanto, verificando-se pelos resultados deste estudo, as intervenções dirigidas ao familiar cuidador são redutoras, no sentido que apenas são integradas no âmbito da educação, não descurando com isto o papel importante que a mesma detém. Não conseguimos identificar intervenções claramente descritas que possam apoiar a formulação de um plano baseado em evidências para os familiares cuidadores.

No entanto, é evidente que a educação desempenha um papel fundamental neste processo e deve ser inserida de forma central nas estratégias de intervenção. Para A.R.F.T. Silva (2019) os EEER têm um papel fundamental como agentes facilitadores do processo de transição da pessoa com disfagia e do familiar cuidador, fornecendo todo o conhecimento teórico acerca do que é a disfagia e ensinarem e instruírem acerca de estratégias facilitadoras para a alimentação segura da pessoa, o mais precocemente possível, para que tanto ela como o familiar cuidador possam adaptar-se à nova situação.

Um dos objetivos do EEER é desenvolver programas de reeducação funcional, mas também é essencial ensinar e treinar técnicas específicas para a promoção do autocuidado e prevenção de complicações (Regulamento n.º 392/2019, 2019). Face aos rácios dos EEER nos serviços e indo ao encontro do que já foi descrito neste trabalho, verifica-se que não é possível o acompanhamento do EEER à pessoa no momento de todas as refeições. Surge então a importância da capacitação dos pares para que se promovam cuidados seguros. Torna-se fundamental capacitar tanto a pessoa como o familiar cuidador, elaborando um plano de intervenções personalizado com base numa avaliação holística, para garantir a segurança e o cumprimento das orientações possíveis ao longo do dia.

Uma das intervenções que também é da competência do enfermeiro de cuidados gerais é a higiene oral. No Estudo 2 de P.C.L. Silva (2018), embora se realce a importância da higiene oral na prevenção de pneumonia associada à carga bacteriana oral, o programa direcionado à pessoa com disfagia não contempla essa intervenção, no entanto, encontra-se abordada no programa de Sá e colaboradores (2023) (Estudo 4). I.J. Oliveira e colaboradores (2021) relatam que há evidências que sugerem um benefício superior resultante da implementação de protocolos de higiene oral em pessoas com disfagia após AVC, comparativamente à não implementação, e que o uso de clorhexidina 0,12% tem um efeito favorável na prevenção de complicações respiratórias. Os mesmos autores reconhecem a necessidade de formação e educação dos profissionais de saúde neste âmbito, uma vez que os cuidados orais são muitas vezes negligenciados na prática clínica, contribui para isso a falta de evidências e diretrizes específicas deste cuidado à pessoa com disfagia após AVC. A educação e treino em cuidados de higiene oral são cruciais para garantir a saúde bucal das pessoas, devendo fazer parte do ensino tanto em formações de equipa como à pessoa e ao familiar cuidador (I.J. Oliveira et al., 2021).

Krajczyk e colaboradores (2019) desenvolveram um método de tratamento original baseado na literatura e na própria experiência prática que aplicaram ao grupo de estudo. Após a sessão de educação para ambos os grupos, como já referido, seguiu-se a aplicação de um programa de intervenção diário com duração média de 60 minutos, ao grupo de estudo, com exercícios de fortalecimento muscular ao nível dos vários músculos envolvidos na deglutição (com repetição de cada exercício 10 vezes), em conjunto com a adoção de posição de compensação de forma a facilitar a deglutição; exercícios de reeducação funcional respiratória tendo estes sido adaptados às capacidades e tolerância da pessoa e exercícios de estimulação sensitiva. Sá e colaboradores (2023) também desenvolveram um programa de reabilitação que aplicaram no seu estudo, em dias úteis, uma vez por dia, desde a admissão ao momento da alta. Neste plano, os autores programaram 10 minutos para a reeducação da função motora, 10 minutos para a estimulação sensitiva e 10 minutos para a reeducação funcional respiratória. Ainda contemplado neste plano, mas com duração de tempo variável, incluíram estratégias compensatórias e facilitadoras da deglutição e ainda implementação de higiene oral duas vezes ao dia. Relativamente ao programa implementado por P.C.L. Silva (2018) foi dividido em 3: programa 1 direcionado à fase oral preparatória, programa 2 direcionado à fase oral e programa 3 direcionado à fase faríngea. Cada um com a duração de 30 minutos. Importa referir que o autor não contempla, no programa, exercícios para a fase esofágica porque quando acomete essa fase denomina-se por disfagia esofágica, em vez de disfagia orofaríngea como assumido até então, por ter etiologia diferente e requer uma abordagem terapêutica que está fora das competências dos EEER (P.C.L. Silva, 2018).

Choy e colaboradores (2023) destacam inconsistências na dosagem de intervenções no âmbito da disfagia após AVC. A definição dos componentes como intensidade, frequência, n.º de repetições e a duração, são reportados de forma heterogénea, o que dificultam a padronização de protocolos e a comparação de resultados entre estudos (Choy et al., 2023). Em concordância com o descrito por P.C.L. Silva (2018) que na pesquisa bibliográfica realizada não encontrou informação coerente sobre a intensidade e frequência recomendada para os exercícios de fortalecimento muscular, treino de posturas e técnicas compensatórias. Os resultados da nossa ScR corroboram esses dados uma vez que as intervenções implementadas nos programas de Sá e seus colaboradores (2023), em P.C.L. Silva (2018) e em Krajczy e colaboradores (2019), embora tenham intervenções similares, são dispares quanto à duração recomendada para cada intervenção.

Os estudos convergem na importância de intervenções com o objetivo de recuperar a função de deglutição através de estratégias de reabilitação. A combinação de exercícios de fortalecimento muscular e reeducação funcional respiratória, demonstraram eficácia na melhoria da deglutição nos três estudos referidos, com a aplicação dos programas. No estudo de Sá e colaboradores (2023) 40,4% apresentaram recuperação da capacidade normal de deglutição. No de Krajczy e colaboradores (2019) verificou-se diminuição do tempo médio de deglutição no grupo de estudo, assim como a taxa de reflexo de deglutição eficaz, que aumentou de 57% antes da intervenção para 97% após o programa, havendo diferenças estatisticamente significativas entre o grupo de controlo e o grupo de estudo após a intervenção.

Como componente no tratamento das pessoas com disfagia após AVC, segundo I.J. Oliveira e seus colaboradores (2021) e Lais e colaboradores (2021), é fortemente recomendado definir um plano terapêutico individualizado, com implementação precoce de intervenção comportamental que deve incluir estratégias compensatórias e de reabilitação. A utilização de estratégias compensatórias objetiva a manutenção das necessidades nutricionais da pessoa, garantindo segurança durante a alimentação e prevenindo complicações. São estratégias compensatórias: técnicas posturais durante a alimentação, manobras de deglutição, modificações alimentares ao nível do volume e da consistência da dieta. E relativamente às estratégias de reabilitação incluem-se exercícios de fortalecimento muscular, treino de resistências e treino de habilidades. E têm como principal objetivo a recuperação da função de deglutição (I.J. Oliveira et al., 2021; Lais et al., 2021). Tanto a abordagem compensatória como reabilitadora encontram-se descritas nos artigos incluídos neste estudo. Embora nem todos tenham definidas intervenções tão abrangentes.

Relativamente às modificações na dieta, alteração na consistência e volumes dos alimentos, para Garcia e Chambers (2010), são essenciais para uma gestão eficaz da disfagia e de acordo

com I.J. Oliveira e seus colaboradores (2021) é provavelmente a estratégia compensatória mais utilizada na abordagem à pessoa com disfagia. Essas modificações devem basear-se na capacidade de deglutição de cada pessoa e deve haver uma avaliação regular e ajustes necessários de acordo com os resultados. Segundo Garcia e Chambers (2010) a padronização das receitas e a avaliação contínua das capacidades de deglutição para permitir ajustes ao plano, destacam-se como relevantes para minimizar os riscos para a pessoa, no entanto I.J. Oliveira e colaboradores (2021) referem que a recomendação para seu uso desta estratégia é muito mais baseada em um consenso de boas práticas do que em evidências de pesquisas. De acordo com I.J. Oliveira e colaboradores (2021) modificações de dieta e espessamento de líquidos são intervenções dispendiosas e sem suporte empírico para seu uso.

De acordo com M.M.F. Santos (2019) existe uma grande variabilidade entre as consistências utilizadas, tipos de espessantes, volumes utilizados e formas de administração. Para além da alteração da consistência, conforme descrito no estudo de Sá e colaboradores (2023), existem outras mudanças que podem ser realizadas nomeadamente ao nível dos sabores, alterações de volume, estimulação térmica e tátil, assim como massagem. Estas intervenções são corroboradas por Nunes (2020) e por Krajczyk e colaboradores (2019).

Segundo Nunes (2020) são competências do EEER identificar sinais de alerta e realizar uma avaliação precisa da deglutição, sendo fundamental antes de qualquer atuação, corroborado pelo resultado de um dos nossos estudos, o de P.C.L. Silva (2018) (Estudo 2).

O EEER também tem um papel essencial na identificação da necessidade e na sinalização para atuação de outros profissionais de saúde, contribuindo para uma abordagem mais centrada na pessoa (Nunes, 2020).

Face ao exposto e da análise dos 4 estudos incluídos na revisão, emergiram 4 áreas de intervenção: estratégias de reabilitação, estratégias compensatórias, educação e higiene oral. Estas áreas de intervenção destacam abordagens essenciais para a prática de ER, orientadas para a promoção da funcionalidade, segurança e qualidade de vida da pessoa com disfagia após AVC e do seu familiar cuidador.

8. Conclusão

Os cuidados de ER constituem uma área de intervenção especializada que tem por foco de atenção a manutenção e promoção do bem-estar e da qualidade de vida, e a recuperação da funcionalidade através da promoção do autocuidado, da maximização das capacidades e da prevenção de possíveis complicações. É fundamental elaborar planos que garantam intervenção alinhadas com as necessidades e objetivos individuais, promovendo uma abordagem holística e estruturada no cuidado à pessoa com disfagia após AVC e ao seu familiar cuidador.

O EEER detém um papel essencial na promoção da recuperação funcional e na capacitação da pessoa e do familiar cuidador. Este, é um elemento crucial inserido numa equipa multidisciplinar. A sua abordagem deve ser holística, incluindo a pessoa mas também o familiar cuidador. Torna-se fundamental a elaboração e implementação de planos de cuidados tendo por base intervenções sistematizadas, com base em evidência e ajustadas ao contexto de cada pessoa. Através de intervenções do tipo ensinar, instruir e treinar, o EEER promove a autonomia e a independência da pessoa, maximiza as potencialidades, com vista à garantia do bem-estar e prevenção de complicações.

Este estudo mapeou as intervenções dirigidas à pessoa com disfagia após AVC e ao seu familiar cuidador, emergindo 4 áreas de intervenção, de acordo com o seu objetivo: estratégias de reabilitação, estratégias compensatórias, educação e higiene oral. Estes resultados permitirão apoiar o processo de tomada de decisão em enfermagem especializada no âmbito do cuidado à pessoa com disfagia após AVC mas também ao seu familiar cuidador servindo de base para a implementação futura de um PMCQCE.

Verifica-se que, embora alguns estudos sobre a disfagia após o AVC sejam antigos, esta problemática persiste com dimensões cada vez maiores, refletindo a necessidade de uma evolução contínua nas práticas de cuidado e no desenvolvimento de intervenções cada vez mais eficazes. Isto destaca a relevância de revisar constantemente as abordagens clínicas e de aprimorar os conhecimentos científicos para atender à complexidade crescente desta condição, adaptando as práticas de enfermagem às novas realidades e desafios apresentados quer por estas pessoas, quer pelos seus familiares cuidadores.

É essencial desenvolver diretrizes clínicas baseadas na melhor evidência, adaptadas ao contexto clínico e que promovam boas práticas no cuidado à pessoa com disfagia após AVC.

Esta ScR apresenta algumas limitações, como a impossibilidade de incluir todas as fontes de informação sobre o tema, assim como a limitação de idioma, uma vez que não é garantida tradução integral para outras línguas que não as selecionadas. Estes fatores poderão ter contribuído para a perda de informação relevante para o estudo.

Como recomendação para pesquisas futuras, sugere-se o desenvolvimento de mais estudos nesta área, incluindo ensaios clínicos randomizados, para fornecer evidências mais robustas sobre a eficácia das intervenções do EEER e apoiar a implementação das melhores práticas baseadas em evidência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Findo este percurso, é importante destacar o quanto ele contribuiu para o desenvolvimento e consolidação dos conhecimentos necessários para a prática futura como EEER. Esta trajetória foi marcada por aprendizagens significativas e desafios que foram superados com sucesso, permitindo o crescimento pessoal e profissional.

Este documento, vai além de um registo formal para obtenção de grau de Mestre. Ao longo da sua elaboração, foram vários os momentos de aprendizagem, reflexão, partilha e superação. Aumentou a nossa capacidade de análise crítica e reflexiva sobre a prática diária assim como futuros EEER. É fundamental considerar que as competências do EEER não devem ser dissociadas das competências do enfermeiro de cuidados gerais, uma vez que ambas se complementam e enriquecem a prática diária. Espera-se a curto prazo, haver oportunidades para exercer atividade profissional como EEER e colocar em prática os conhecimentos adquiridos, continuando a crescer.

Os objetivos a que nos propusemos foram alcançados. A reflexão crítica, aliada à autoformação, revelou-se fundamental neste processo de desenvolvimento.

Os EEER devem orientar a sua prática pela melhor evidência disponível, assegurando a excelência nos cuidados de saúde através de uma estratégia integrada que conecte formação, investigação e prática. A transferência da evidência para os contextos clínicos eleva a qualidade dos cuidados prestados, como também cria um ambiente de aprendizagem permanente, essencial para a inovação e o aperfeiçoamento constante.

Esta investigação tem origem na experiência prática e nas necessidades observadas no serviço onde atuamos, visando a implementação de um PMQCE. A identificação e sistematização das intervenções, com base em evidência científica, são cruciais para garantir cuidados de excelência, promovendo decisões fundamentadas e práticas seguras, alinhadas às necessidades das pessoas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aires, M. M., Fukumoto, G. M., Ribeiro, S. L., Haddad, L., & Alvarenga, E. H. de L. (2021). Disfagia por osteofitose cervical anterior: relato de caso. *CoDAS*, 34(2). <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20212020435>
- Alexandre, B. (2020). *Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação: Prehabilitation da Pessoa Proposta para Cirurgia Ortopédica*. [Relatório de Estágio, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/37307>
- American Stroke Association. (2020). *Adult stroke rehabilitation & recovery guidelines: The rehabilitation program*. https://www.heart.org/-/media/stroke-files/stroke-resource-center/recovery/provider-focused/adult-stroke-rehab-and-recovery-guidelines-key-recommendations-for-the-rehab-program-ucm_496011.pdf
- Araújo, R.S., Nascimento, E.R., Barros, R.S., Ritter, S.R.F., Abreu, A.M.S. & Garcia, P.A. (2019). Os fatores clínicos e físico-funcionais predizem quedas em idosos com deficit cognitivo?. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, (6), 1-13. <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/HRWqXkKwMHKmwM9cshYjpnSs/?format=pdf&lang=pt>
- Avan, A., Digaleh, H., Di Napoli, M., Stranges, S., Behrouz, R., Shojaeianbabaei, G., Amiri, A., Tabrizi, R., Mokhber, N. Spence, J.D. & Azarpazhooh, M.R. (2019). Socioeconomic status and stroke incidence, prevalence, mortality, and worldwide burden: an ecological analysis from the Global Burden of Disease Study 2017., *BMC Medicine*, 17. <https://doi.org/10.1186/s12916-019-1397-3>
- Ayyad, A., Baker, N.A., Oweidat, I., Al-Mugheed, K., Alsenany, S.A., Abdelaliem, S.M.F. (2024). Knowledge, attitudes, and practices toward Patient Safety among nurses in health centers. *BMC Nursing*, 23(1). <https://doi.org/10.1186/s12912-024-01831-1>
- Batista, S., Campos, D., Ramos, D., Figueiredo, E., Marques, F., Cardoso, M. & Caldeira, S. (2023). Disfagia pós-AVC: importância de uma avaliação de enfermagem estruturada na prevenção de complicações. *STUDIES IN HEALTH SCIENCES*, 4(2), 311-326. https://www.researchgate.net/publication/370489389_Disfagia_pos-AVC_importancia_de_uma_avaliacao_de_enfermagem_estruturada_na_prevencao_de_complicacoes
- Bernhardt, J., Corbett, D., Dukelow, S., Savitz, S., Salomon, J.M., Stockley, R., Sunnerhagen, K.S., Verheyden, G., Walker, M., Murphy, M.A., Bonkhoff, A.K., Cadilhac, D.,

- Carmichael, ST., Dalton, E., Dancause, N., Edwards, J., English, C., Godecke, E., Hayward, K., Kamalakannan, S., Kim, J., Kwakkel, G., Lang, C., Lannin, N., Levin, M., Lynch, E. Mead, G., Saa, J.P. & Ward, N. (2023). The International Stroke Recovery and Rehabilitation Alliance. *The Lancet Neurology*, 22 (4), 295-296. [https://www.thelancet.com/journals/laneur/article/PIIS1474-4422\(23\)00072-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/laneur/article/PIIS1474-4422(23)00072-8/fulltext)
- Cernadas, R. (2021). AVC em Portugal: um combate a não perder!. In Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral. Revista informativa da sociedade portuguesa do acidente vascular cerebral, *Avanços na investigação sobre AVC* (31). Gabinete de Comunicação e Conteúdos da Sociedade Portuguesa AVC. https://spavc.org/wp-content/uploads/2023/11/STROKE_N17_v4_site.pdf
- Chen, J., Chen, J., Wang, Y., Cui, Y., Liao, L., Yan, M. Luo, Y. & Zhang, X. (2024). Transition experiences of patients with post stroke dysphagia and family caregivers: A longitudinal, qualitative study. *PLoS One*, 19(6). <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11149836/>
- Choy, J., Pourkazemi, F., Anderson, C. & Bogaardt, H. (2023). Dosages of swallowing exercises in stroke rehabilitation: a systematic review. *Eur Arch Otorhinolaryngol*, 280(3), 1017-1045. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36471047/>
- Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros. (2009). Parecer CJ - 102/2009. Sobre: Consulta de Enfermagem por Via Telefónica. [PDF]. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/CJ_Documentos/Parecer102_2009_consulta_enfermagem_telefone.pdf
- Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de junho (2006). Cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Diário da República I Série, n.º 109 (06-06-2006) (3856-3865). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/101-2006-353934>
- Dias, C.A. (2023). *A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação em pessoas submetidas a artroplastia da anca ou do joelho*. [Relatório de Estágio, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositório Comum. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/46407/1/MEReab_9576_original.pdf
- Direção-Geral da Saúde (2022). Documento Técnico para a Implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021|2026. Plano Nacional para a Segurança dos Doentes. <https://www.tecnohospital.pt/userfiles/files/blog/Plano%20Nacional%20para%20a%20Seguran%C3%A7a%20dos%20Doentes%202021-2026.pdf>

- Duarte, A.M.S. (2020). *Ganhos sensíveis aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação a pessoa com alterações neurológicas, dependente no autocuidado – contexto domiciliário*. [Relatório de Estágio, Associação de Escolas Superiores de Enfermagem e de Saúde de Portalegre]. Repositório Comum. <https://comun.rcaap.pt/bitstream/10400.26/35206/1/BCTFC197.pdf>
- Fan, J., Li, X., Yu, X., Liu, Z., Jiang, Y., Fang, Y., Zong, M., Suo, C., Man, Q. & Xiong, L. (2023). Global burden, risk factor analysis, and prediction study of ischemic stroke, 1990–2030. *Neurology Journals*, 101(2), 137-150. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37197995/>
- Feiteirona, J. (2020). *Intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação no doente adulto / Idoso com deglutição comprometida*. [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Portalegre]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/33218>
- Fernandes, A.M.G., Oliveira, A.K.S., Carvalho, G.A.F.L., Nascimento, L.K.A.S., Pellense, M.C.S. & Santana, P.G.C. (2018). O papel do enfermeiro no cuidado a pacientes acometidos por acidente vascular encefálico. *Revista Humano Ser*, 3(1), 145-160. <https://periodicos.unifacex.com.br/humanoser/article/view/1013>
- Fernandes, J. (2021). *Consulta Pré-Operatória de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa Submetida a Cirurgia do Foro Ortopédico*. [Tese de Mestrado, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo]. Biblioteca Virtual em Saúde. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1343822>
- Freitas, E.C.G., Sousa, R.X. & Menezes, L.C.G. (2024). Assistência de enfermagem ao paciente com acidente vascular cerebral atendidos nas unidades hospitalares: uma revisão integrativa. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*, 47(2), 74-83. https://www.mastereditora.com.br/periodico/20240707_100453.pdf
- Frias, A., Biléu, C. E. C., Pires, M.T.C & Marranita, S.J.M. (2015). Disfagia no doente após acidente Vascular Cerebral: Consequências e Intervenção do Enfermeiro. [PDF]. *Revista Ibero-Americana de saúde e envelhecimento*, 3(1). http://revistas.uevora.pt/index.php/saude_envelhecimento/article/view/79
- Galvão, J., Rodrigues, M., Sabino, P. & Santos, R. (2022). Influência das dotações seguras de enfermeiros na segurança dos cuidados prestados ao paciente internado: uma revisão sistemática. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, 8(2). ISSN - 2675 – 3375. <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/4204>

- Garcia, J. M., & Chambers, E. (2010). Managing dysphagia through diet modifications. *The American journal of nursing*, 110(11), 26–35. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000390519.83887.02>
- Ginó, A. (2023). *A Capacitação para a Autogestão na Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica no Domicílio: Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação*. [Relatório de Estágio, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositório Comum. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/50858/1/MEReab_3462_original.pdf
- Gomes, A. (2018). *Processo de Planeamento da Alta do Cliente Dependente de uma UMDR para o Domicílio*. [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo]. Repositório do Instituto Politécnico de Viseu. <http://hdl.handle.net/20.500.11960/2064>
- Henriques, H. (2016). *Inovação na Qualidade dos Registos de Enfermagem no Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem*. [Relatório de Trabalho de Projeto, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/17274>
- Instituto Nacional de Estatística (INE). (2024). *Causas de morte – 2022*. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=646027025&DESTAQUESmodo=2
- International Council of Nurses (ICN) (2019). *ICNP Browser*. <https://www.icn.ch/icnp-browser>
- Krajczyk, E., Krajczyk, M., Luniewski, J., Bogacz, K., & Szczegieliński, J. (2019). Assessment of the effects of dysphagia therapy in patients in the early post-stroke period: a randomised controlled trial. *Neurologia i neurochirurgia polska*, 53(6), 428–434. <https://doi.org/10.5603/PJNNS.a2019.0053>
- Labeit, B., Kremer, A., Muhle, P., Claus, I., Warnecke, T., Dziewas, R. & Suntrup-Krueger, S. (2022). Costs of post-stroke dysphagia during acute hospitalization from a health-insurance perspective. *European Stroke Journal*, 8(1), 361–369. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10069210/>
- Lais, L.L., Cunha, T.A., Lopes, M.M., Cardoso, C.I., Godoy, C.M., Júnior, H.V., Ferreira, L.M. & Vale, S.H. (2021). *Atuação interdisciplinar na disfagia*. [PDF]. <https://repositorio.ufrn.br/bitstream/123456789/45461/1/Atuac%CC%A7a%CC%83o%20Interdisciplinar%20na%20Disfagia.pdf>

- Lista, A. (2018). *Ganhos sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação, à pessoa dependente no autocuidado com comorbidade*. [Relatório de Estágio, Universidade de Évora]. Repositório da Universidade Évora. <http://hdl.handle.net/10174/23658>
- Lopes, C. & Almeida, C. V. (2022). O papel da Literacia em Saúde na prevenção da doença e na proteção e promoção da saúde. [PDF]. In C. Lopes & C. V. Almeida (Eds.), *Literacia em saúde na prática* (pp. 15-27). Edições ISPA. https://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/9100/1/LiteraciaSaude-2022_pp15-27.pdf
- Lopes-Júnior, L.C. (2023). Prática baseada em evidências: incorporando pesquisas na prática clínica. *Revista de Enfermagem da UFPI*, 12, 1-3. https://www.researchgate.net/publication/371786134_Evidence-based_practice_incorporating_research_into_clinical_practice
- Loureiro, A. (2020). *A Enfermagem de Reabilitação e o Planeamento da Alta Hospitalar*. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Repositório Comum. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/35449/1/Disserta%20a7%20a3o_%20Ana%20Beatriz%20Loureiro.pdf
- Lourenço, I.L., Gonçalves, M.S.F., Sequeira, M.S., Melo, M.F.H. & Gouveia, M.J.B. (2022). A tomada de decisão na gestão de cuidados em enfermagem: uma revisão narrativa da literatura. *Gestão e desenvolvimento*, 30, 557-578. <https://doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2022.11696>
- Luz, A.C. (2017). *Satisfação profissional dos enfermeiros em unidades de AVC*. [Trabalho de projeto, Escola Superior de Saúde de Bragança]. Biblioteca Digital do IPB. https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/14354/1/Luz_A%20C3%ADrio.pdf
- Macedo, A.K.S., Amorim, P.B., Denardi, I.P., Fernandes, J.B. & Mourão, R.S. (2023). Estudo da realização das atividades de vida diária (AVDs) por pacientes com sequelas de AVC (Acidente Vascular Cerebral). *International Seven Journal of Health*, 2(4), 692-705. <https://doi.org/10.56238/isevjhv2n4-020>
- Machado, V.S., Hahn, L.M., Martins, M.I.M. & Marrone, L.C.P. (2020). Conhecimento da população sobre Acidente Vascular Cerebral em Torres RS. *Revista brasileira de neurologia*, 56(3), 11-14. https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/09/1120376/rbn_563-versao-final-11-14.pdf
- Malagelada, J., Bazzoli, F., Boeckxstaens, G., De Looze, D., Fried, M., Kahrilas, P., Lindberg, G., Malferteiner, P., Salis, G., Sharma, P., Sifrim, D., Vakil, N. & LeMair, A. (2015). World

Gastroenterology Organization Global Guidelines Dysphagia - Global Guidelines and Cascades Update September 2014. *Journal of Clinical Gastroenterology*, 49(5), 370-378.

https://journals.lww.com/jcge/fulltext/2015/05000/world_gastroenterology_organisation_global.5.aspx

Marques, L. (2018). *Intervenções do Enfermeiro de Reabilitação que promovem a funcionalidade sexual da pessoa/família em situação de doença crónica*. [Relatório de Estágio, Instituto Politécnico de Santarém]. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Santarém. <http://hdl.handle.net/10400.15/2295>

Martin-Harris, B., & Cherney, L. R. (1996). Treating Swallowing Disorders following Stroke. *Topics in stroke rehabilitation*, 3(3), 27–40. <https://doi.org/10.1080/10749357.1996.11754120>

Martins, C.F. (2022). *Perceção dos enfermeiros sobre cuidados omissos em contexto de urgência*. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. Repositório Científico da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. <http://web.esenfc.pt/?url=TqWXMqVR>

Martins, T. & Brito, A. (2021). Autocuidado: uma abordagem com futuro nos contextos de saúde. In Escola Superior de Enfermagem do Porto (Ed.), *Autocuidado: Um Foco Central da Enfermagem* (5-14) Repositório comum. <https://doi.org/10.48684/xj5h-5w04>

Matos, M.F.G.& Simões, J.A.G. (2022). Enfermagem de reabilitação na transição da pessoa com alteração motora por AVC: Revisão sistemática da literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(2), 11-19. https://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/59/307#content/citation_reference_4

Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E., Messias, D. K. H., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12-28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>

Middleton, S., Coughlan, K., Mnatzaganian, G., Choy, N. L., Dale, S., Jammali-Blasi, A., Levi, C., Grimshaw, J. M., Ward, J., Cadilhac, D. A., McElduff, P., Hiller, J. E., & D'Este, C. (2017). Mortality reduction for fever, hyperglycemia, and swallowing nurse-initiated stroke intervention: QASC Trial (Quality in Acute Stroke Care) follow-up. *Stroke*, 48(5), 1331–1336. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.116.016038>

- Mlambo, M., Silén, C. & McGrath, C. (2021). Lifelong learning and nurses' continuing professional development, a metasynthesis of the literature. *BMC nursing*, 20 (62), 1-13. <https://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12912-021-00579-2>
- Morgado, M.P.S. (2018). *Intervenções do Enfermeiro de Reabilitação que promovem a independência, ao nível da mobilidade e manutenção de um ambiente seguro, na pessoa em situação de AVC na comunidade*. [Relatório de Estágio, Escola Superior de Saúde de Santarém]. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Santarém. <https://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/2294/1/Relat%C3%B3rio%20Mestrado%20Monica%20Morgado.pdf>
- Nascimento, L.R.P. (2023). *A enfermagem de reabilitação na capacitação no autocuidado de pessoas submetidas a cirurgia abdominal eletiva*. [Relatório de Estágio, Universidade de Évora]. Repositório da Universidade de Évora. <http://hdl.handle.net/10174/34804>
- Néné, M. & Sequeira, C.A.C. (2022). *Investigação em Enfermagem - Teoria e Prática*. [PDF]. https://www.researchgate.net/publication/360088996_Investigacao_em_Enfermagem_-_Teoria_e_Pratica
- Neves, T.M.A. (2019). *Dotações seguras e qualidade dos cuidados de enfermagem: Estudo em contexto hospitalar*. [Tese de Doutoramento, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra]. Repositório Científico da Universidade de Coimbra. <https://hdl.handle.net/10316/95319>
- Ng, I.K. (2024). Informed consent in clinical practice: old problems, new challenges. *The Journal of the Royal College of Physicians of Edinburgh*, 54(2), 153-158. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38616290/>
- Nunes, L.P.S. (2020). *Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Pessoa com Alteração da Deglutição*. [Relatório de Estágio, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/45577>
- Oliveira, I.J. (2022). *A pessoa com deglutição comprometida após o acidente vascular cerebral: da evidência à prática*. [Tese de Doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/139866/2/532941.pdf>
- Oliveira, I.J., Couto, G.R., Santos, R.V., Campolargo, A.M., Lima, C. & Ferreira, P.L. (2021). Recomendações de Melhores Práticas para o Tratamento da Disfagia em Doentes com AVC: Um Consenso de um Painel de Especialistas Portugueses. *Port J Saúde Pública*, 39(3), 145–162. <https://doi.org/10.1159/000520505>

Intervenções de enfermagem à pessoa com disfagia após acidente vascular cerebral e ao seu familiar cuidador –
uma scoping review

Oliveira, I.J., Ferreira, P.L. & Couto G.R. (2023). Projeto de melhoria contínua no cuidado à pessoa com disfagia para promover a implementação de evidências. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(2), 1-9. <https://doi.org/10.12707/RVI22010>

Oliveira, J.L.C., Silva, S.V., Santos, P.R., Matsuda, L.M., Tonini, N.S. & Nicola, A.L. (2017). Segurança do paciente: conhecimento entre residentes multiprofissionais. *The Journal Einstein*, 15(1), 50-57. <https://www.scielo.br/j/eins/a/JcDZwGsVVXFNF7ZmzvGMdCm/?format=pdf&lang=pt>

Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Guião para a Organização de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Programa Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/sites/sul/informacao/Documents/Gui%C3%A3o%20para%20elaborac%C2%B8%C3%A3o%20projetos%20qualidade%20SRS.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2015a). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE. Alterado e republicado pela Lei nº 156/2015 de 16 de setembro*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015b). *Código Deontológico*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Recomendações para o estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24294/recomenda%C3%A7%C3%B5es-para-est%C3%A1gio-e-relat%C3%B3rio-da-componente-cl%C3%ADnica-dos-ciclos-de-estudos-dos-mestrados-enf-especialista.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2023). *Documento das Áreas de Investigação para a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/30264/ponto-3_documento-linhas-de-investiga%C3%A7%C3%A3o-do-eer.pdf

Page, M.J., McKenzie, J.E., Bossuyt, P.M., Boutron, I., Hoffmann, T.C., Mulrow, C.D. et al. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372(1). <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>

- Panara, K., Ahangar, E.R. & Padalia, D. (2023). Physiology, Swallowing. In: *StatPearls* StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK541071/>
- Pereira, I., Galvão, J. & Rodrigues, M. (2022). Papel do enfermeiro de reabilitação na promoção da independência dos doentes com AVC. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, 8(2), 109-127. <https://doi.org/10.51891/rease.v8i2.4140>
- Peters, M.D.J., Godfrey, C., Mclnerney, P., Munn, Z., Tricco, A.C. & Khalil, H. (2020). Scoping Reviews. In E., Aromataris, C. Lockwood, K. Porritt, B. Pilla & Z. Jordan (Eds.), *JBI Manual for Evidence Synthesis* (160-185). JBI. <https://jbi-global-wiki.refined.site/space/MANUAL>
- Pina, J., Veiga-Branco, A., Cunha, M., Duarte, J. & Silva, C. (2020). Questionário de eficácia clínica e prática baseada em evidências: análise factorial confirmatória em uma amostra de enfermeiros. *Millenium- Journal of Education, Technologies, and Health*, 2(5e), 137-145. <https://doi.org/10.29352/mill0205e.13.00337>
- Poeira, A., Cerqueira, A.F., Nunes, L.M. & Silva, A. (2018). Dotações seguras na qualidade dos cuidados de enfermagem: revisão sistemática. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 4(3), 1604-1617. https://www.researchgate.net/publication/342237785_DOTACOES_SEGURAS_NA_QUALIDADE_DOS_CUIDADOS_DE_ENFERMAGEM_REVISAO_SISTEMATICA
- Portaria n.º 50/2017 de 2 de fevereiro (2017). Portaria que procede à segunda alteração à Portaria n.º 174/2014, de 10 de setembro, alterada pela Portaria n.º 289-A/2015, de 17 de setembro. *Diário da República I Série (02-02-2017)* (608 – 629). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/50-2017-106388650>
- Queirós, P., Vidinha, T. & Filho, A.J. (2014). Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, (3), 157-164. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14081>
- Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República II Série, n.º 26 (06-02-2019)* (4744-4750). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Regulamento n.º 392/2019 de 3 de maio (2019). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. *Diário da República II Série, n.º 85 (03-05-2019)* (13565-13568). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/392-2019-122216893>

Regulamento n.º 743/2019 de 25 de setembro (2019). Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Diário da República II Série (25-09-2019) (128-155). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>

Rivelsrud, M. C., Hartelius, L., Bergström, L., Løvstad, M., & Speyer, R. (2023). Prevalence of Oropharyngeal Dysphagia in Adults in Different Healthcare Settings: A Systematic Review and Meta-analyses. *Dysphagia*, 38(1), 76–121. <https://doi.org/10.1007/s00455-022-10465-x>

Romão, A.S. (2023). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação na Preparação da Transição de Cuidados*. [Relatório de Estágio, Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde]. Repositório Comum. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/46658/1/RELATORIO_%20ANA%20SOFIA%20ROMAO.pdf

Sá, N., Oliveira, A., Silva, A. & Brandão, S. (2020). Consulta de enfermagem de reabilitação ao doente pós evento cerebrovascular: que desvios encontrados ao plano delineado à alta pelo enfermeiro de reabilitação?. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(1), 5-13. <https://doi.org/10.33194/10.33194/rper.2020.v3.n1.1.4579>

Sá, N.M.P., Oliveira, F., Sacramento, C., Almeida, F. & Oliveira, M. I. (2023). Programa de Enfermagem de Reabilitação na pessoa com Deglutição Comprometida em contexto de AVC: Estudo Exploratório. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 6(1), 1-15. <https://doi.org/10.33194/rper.2023.265>

Santos, M. C., Bittencourt, G. K., Beserra, P. J., & Nóbrega, M. M. (2022). Teoria geral do autocuidado segundo o modelo de análise de teorias de Meleis. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(1),1-10. <https://doi.org/10.12707/RV21047>

Santos, T.P., Silva, H. & Almeida, T. V. (2023). A Pessoa com Alteração na Deglutição. *Gazeta Médica*, 3(10), 203-211. <https://gazetamedica.pt/index.php/gazeta/article/view/203-211/446>

Santos, M.M.F. (2019). *A eficácia das técnicas posturais na Prevenção da aspiração na pessoa com Compromisso da deglutição: uma revisão Sistemática da literatura*. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Repositório Comum. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/29466/1/Dissertacao%20Mariana%20Santos.pdf>

Schuitenmaker, J.W., Argillander, T.E., Bakker, M.E., Sandel, M.H. & Zwartsenburg, M.M.S. (2024). Telephone follow-up by nurse practitioners of geriatric patients discharged

from the emergency department after traumatic injury. *International Journal of the Care of the Injured*, 55(5). [https://www.injuryjournal.com/article/S0020-1383\(23\)01038-0/abstract](https://www.injuryjournal.com/article/S0020-1383(23)01038-0/abstract)

Sequeira, R. (2018). *Promoção da Sexualidade na Mulher com Lesão Vertebro-medular: Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. [Relatório de Estágio, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositório Comum. <https://comun.rcaap.pt/bitstream/10400.26/24720/1/Raquel%20Sequeira%20CME%20N330.pdf>

Silva, A. (2019). *A práxis da enfermagem de reabilitação: Vivências dos enfermeiros na dimensão ética*. [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo]. Repositório Científico IPVC. <http://hdl.handle.net/20.500.11960/2436>

Silva, A.R.F.T. (2019). *Papel do cuidador informal na pessoa com disfagia*. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/28237>

Silva, E. S., Borges, J.W.P., Moreira, T.M.M., Rodrigues, M.T.P. & Souza, A.C.C. (2020). Prevalência e fatores de risco associados ao acidente vascular cerebral em pessoas com hipertensão arterial: uma análise hierarquizada. *Revista de Enfermagem Referência*, (3), 1 - 8. <https://revistas.rcaap.pt/referencia/article/view/21480/15833>

Silva, P.C.L. (2018). *Cuidados de enfermagem de reabilitação em doentes com deglutição comprometida: resultados de um programa de intervenção*. [Relatório de Estágio, Universidade de Évora]. Repositório da Universidade de Évora. <http://hdl.handle.net/10174/23326>

Silva, R., Carvalho, A., Rebelo, L., Pinho, N., Barbosa, L., Araújo, T., Ribeiro, O. & Bettencourt, M. (2019). Contributos do referencial teórico de Afaf Meleis para a Enfermagem de Reabilitação. *Revista Investigação em Enfermagem*, 35-44. https://www.researchgate.net/publication/337313131_Contributos_do_referencial_teorico_de_Afaf_Meleis_para_a_Enfermagem_de_Reabilitacao

Simões, J.R.V.F. (2023). *Sexualidade nas pessoas com traumatismo vertebro-medular: Intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem de Reabilitação*. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. Repositório Científico da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. <http://web.esenfc.pt/?url=Nv2lxaor>

Sousa, L., Martins, M.M. & Novo, A. (2020). Enfermagem de reabilitação no empoderamento e capacitação da pessoa em processos de transição saúde-doença. *Revista Portuguesa*

- de *Enfermagem de Reabilitação*, 3(1), 64-69.
<https://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/132/85>
- Takizawa, C., Gemmell, E., Kenworthy, J., & Speyer, R. (2016). A systematic review of the prevalence of oropharyngeal dysphagia in stroke, Parkinson's disease, Alzheimer's disease, head injury, and pneumonia. *Dysphagia*, 31(3), 434–441.
<http://dx.doi.org/10.1007/s00455-016-9695-9>
- Teixeira, V. A. B. (2016). *Follow-up telefónico na adesão terapêutica em pessoas com doença mental*. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/16761>
- Teixeira, A.C. (2021). *Empoderamento profissional e enfermagem baseada na evidência: contributos para uma otimização da prática*. [Tese de Doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/139961/2/534940.pdf>
- Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M. D. J., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E. A., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., Wilson, M. G., Garritty, C., Lewin, S., Godfrey, C., Macdonald, M.T., Langlois, E.V., Soares-Weiser, K., Moriarty, J., Clifford, T., Tunçalp, O., & Straus, S.E. (2018). PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Annals of Internal Medicine*, 169(7), 467–473.
<https://doi.org/10.7326/M18-0850>
- Ventura-Silva, J. M.A., Martins, M.M., Trindade, L.L., Ribeiro, O., Ribeiro M.I. & Cardoso, M.F. (2021). O processo de trabalho dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação numa ótica marxista. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 4(2), 72-80.
https://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/73/436#content/citation_reference_68
- Venkat, S. (2024). Improving swallowing function with thickening agents in post-stroke oropharyngeal dysphagia: a real-world experience. *Current Medical Research and Opinion*, 40(7), 1163–1170. <https://doi.org/10.1080/03007995.2024.2365406>
- Vieira, J., Susano, R., Pacheco, R. & Carapeto, J. (2019). A enfermagem de reabilitação e a pessoa com lesão vertebromedular com alterações da sexualidade. *Revista Sinais Vitais*, (129), 50-54.
<https://repositorio.ipbeja.pt/server/api/core/bitstreams/17c9fe58-7c06-4b50-9b21-a37820f13f7a/content>

Intervenções de enfermagem à pessoa com disfagia após acidente vascular cerebral e ao seu familiar cuidador –
uma scoping review

World Health Organization (WHO) (2024). *The top 10 causes of death*.
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>

ANEXOS

ANEXO I: CERTIFICADO APRESENTAÇÃO PÓSTER



CERTIFICADO DE INTERVENIENTE

Certifica-se que

JOANA FILIPA SILVA ALMEIDA

membro nº 82387 participou no II Congresso de Enfermagem de Reabilitação, sob o tema: “*A Enfermagem de Reabilitação e o Cidadão, Indicadores de Saúde na Visibilidade dos Cuidados*”, realizado no Politécnico do Porto – Escola Superior de Media Artes e Design – Campus 2, nos dias 19 e 20 de Setembro de 2023 enquanto Autora e Apresentadora do Póster:

ACOMPANHAMENTO À PESSOA COM DISFAGIA APÓS AVC: UM PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA

Coautores(as):

ISABEL DE JESUS OLIVEIRA | 11884

Vila do Conde, 20 de Setembro de 2023.

P¹A Bastonária

Luís Filipe Barreira
Vice-Presidente do Conselho Directivo¹

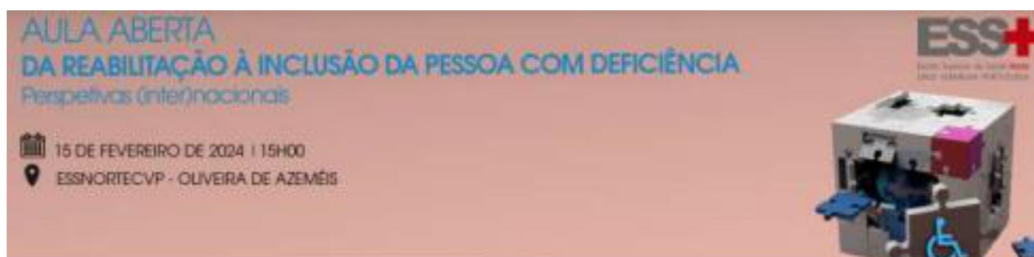
¹ Conforme Despacho de Delegação de Competências de 21 de Janeiro de 2020 e ao abrigo do nº30 nº2 do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, na redação da Lei nº 156/2015, de 18 de Setembro.

ANEXO II: CERTIFICADO PRESENÇA SIMPÓSIO



ANEXO III: CERTIFICADO PRESENÇA AULA ABERTA

Intervenções de enfermagem à pessoa com disfasia após acidente vascular cerebral e ao seu familiar cuidador –
uma scoping review



Certificado

Certifica-se a presença de

Joana Filipa Silva Almeida

Na Aula Aberta “da Reabilitação à Inclusão da Pessoa com Deficiência: Perspetivas (inter)nacionais” realizado no dia 15 de fevereiro de 2024, num total de **3** horas de formação.

Oliveira de Azeméis, 16 de fevereiro de 2024

A Vice-Presidente da ESSNorteCVP



(Prof.ª Doutora Fernanda Príncipe)

Organização



APÊNDICES

APÊNDICE I: FLYER INFORMATIVO

Sinais e sintomas que requerem observação médica:

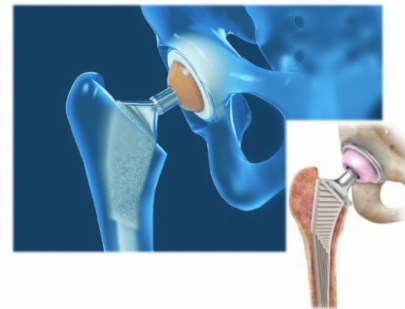
- Dor intensa na anca;
- Encurtamento do membro operado;
- Impossibilidade em movimentar membro operado;

Se sentir qualquer desconforto ou dor, pare imediatamente.



Após esta cirurgia pode sentir-se ansioso ou inseguro sobre o retorno à atividade sexual. Preocupações com a dor e a segurança da prótese são comuns, no entanto, é importante reconhecer que a atividade sexual é uma parte normal e saudável da vida e que a pode retomar de forma segura, seguindo a orientação dos profissionais de saúde. Se tiver dúvidas não hesite em esclarecê-las.

CUIDADOS COM A SEXUALIDADE APÓS PRÓTESE TOTAL DA ANCA



Entender como retomar a vida sexual de forma segura é uma parte importante na sua recuperação e bem-estar. O período recomendado para **retomar a atividade sexual** geralmente varia de **4 a 6 semanas após cirurgia**, mas pode depender de cada caso individual. Neste tempo aconselhado de "resguardo sexual" a sua criatividade para namorar será útil, deve privilegiar a fase pré-orgásmica (carícias e preliminares) e adotar sempre as posições de segurança recomendadas.

Precauções gerais :

Adote posições que evitem a luxação/deslocação da prótese:

- Não realizar flexão da anca superior a 90°;
- Manter as pernas afastadas;
- Não cruzar as pernas;
- Não rodar os pés para dentro;
- Não realizar movimentos bruscos.



Considere o uso de almofadas para suporte e alinhamento corporal.

Exemplos de posições sexuais seguras:



Seguro em todas as posições,



Seguro apenas na posição identificada com a seta.



Não seguro em nenhuma das posições.

APÊNDICE II: PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA

PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

De acordo com o regulamento n.º 140/2019, no domínio da melhoria contínua da qualidade, o enfermeiro deve deter competência no desenvolvimento de práticas de qualidade e implementação de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (PMCQCE). A intervenção autónoma do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) na deglutição é considerada área de investigação prioritária para a especialidade (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2023).

O desenvolvimento do projeto teve por base o Guião para a Organização de PMCQCE preconizado pela OE (2013). Com a sua consecução, pretende-se aprofundar competências na área da deglutição comprometida e elaborar um projeto no exercício da prática especializada.

IDENTIFICAR E DESCREVER O PROBLEMA

O Acidente Vascular Cerebral (AVC), em Portugal no ano de 2022, esteve na origem do maior número de mortes verificando-se um aumento comparativamente a 2021 (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2024). Sendo esta patologia uma das causas mais importantes de incapacidade em todo o mundo (Fan et al., 2023). A deglutição comprometida, muitas vezes denominada por disfagia, surge como uma das complicações associadas ao AVC, podendo, a sua incidência na fase aguda atingir os 80% (Takizawa et al., 2016). De acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) deglutir é a “passagem dos líquidos e dos alimentos fragmentados, pelo movimento da língua e dos músculos, da boca para o estômago através da orofaringe e esófago” (*International Council of Nurses [ICN], 2019*). Esta função pode estar comprometida por vários fatores, implicando a segurança da via aérea, por alteração nos seus mecanismos de proteção, levando a complicações respiratórias como a pneumonia por aspiração (Venkat, 2024). Para além destas complicações, podem surgir desnutrição, desidratação e até morte, revelando um impacto negativo a nível social, psicológico e económico (Aires et al., 2021). Silva (2020) num estudo realizado quanto aos custos associados à pessoa com disfagia, constatou um acréscimo de gastos para as instituições, revelando aumento do número de dias de internamento e de complicações associadas. Corroborado por Attrill et al. (2018) no seu estudo, o custo médio atribuído a pessoas com compromisso da deglutição traduziu-se num aumento de 40,36% comparativamente a pessoas sem essa condição. Esta condição tem um impacto significativo

no aumento do consumo de cuidados de saúde, como radiografias de tórax e fármacos, nomeadamente antibióticos (Arnold et al., 2016).

A abordagem à pessoa com disfagia após o AVC através de intervenções sistematizadas, revela efeitos na redução da mortalidade e morbilidade (Middleton et al., 2017). Face à morbilidade associada ao AVC, constata-se uma resposta inadequada e insuficiente na capacidade de satisfação das necessidades da pessoa após a alta hospitalar, sendo no domicílio o local onde surgem as dúvidas e as necessidades de resposta e continuidade de cuidados quer por parte da pessoa, quer pelo familiar/cuidador (Oliveira et al., 2019). Após a alta para domicílio, perde-se o contacto e vigilância da pessoa pelo EEER, sendo, neste contexto, que a pessoa/cuidador realizam a satisfação do autocuidado comer e beber de forma independente com base no ensino e capacitação em regime de internamento e, se as dúvidas não forem prontamente esclarecidas, podem levar a consequências graves e até fatais.

Os cuidados de reabilitação iniciam-se no hospital e devem ser contínuos após alta para domicílio. Segundo Frias e seus colaboradores (2015) o sucesso da reabilitação depende da continuidade, da coordenação e da inter-relação entre a pessoa alvo de cuidados e o profissional de saúde, onde o EEER desempenha um papel fulcral. Silva & Grilo (2018) corroboram essa afirmação, defendendo que a intervenção do EEER, nas pessoas com esta condição, é fundamental e que o acompanhamento deve ser em permanência constante. Torna-se fundamental desenvolver diretrizes clínicas na abordagem à pessoa com disfagia após AVC, desde a sua instalação até ao regresso à família/comunidade (Oliveira, 2022). As intervenções de enfermagem à pessoa com compromisso na deglutição são suscetíveis de produzir ganhos em saúde com melhoria da qualidade de vida, redução de reinternamentos muitas vezes com quadros de infeção respiratória tendo como causa provável esta condição, e redução dos gastos em saúde (Domingos & Veríssimo, 2014).

PERCEBER O PROBLEMA

Num serviço de Neurologia de um hospital da região norte de Portugal, entre 01 de janeiro e 30 de junho de 2021 foram admitidas 218 pessoas com diagnóstico de AVC, 50,5% dessas pessoas foi detetado algum grau de compromisso da deglutição e 13,5% destas, desenvolveram infeção respiratória (Sá et al., 2022). Noutro estudo realizado por Mourão e seus colaboradores (2016) numa amostra de 100 pessoas admitidas com diagnóstico de AVC, 50% apresentava deglutição comprometida e a maioria apresenta alteração grave com alto risco de aspiração. Passos e colaboradores, no seu estudo, em 2016, observou existência de

aspiração laringotraqueal em 33% e Domingos & Veríssimo (2014) constataram que 11% das pessoas com diagnóstico de pneumonia por aspiração, têm associado doenças e perturbações do sistema nervoso, embora não sejam claros na definição do percentual de casos por AVC. Arnold e colaboradores, em 2016, verificaram que o compromisso na deglutição persistiu em 50,9% à alta hospitalar, ficando expostas a riscos e ocorrências de complicações.

No estudo de Oliveira e colaboradores (2019) no que respeita à avaliação da pessoa em consulta presencial de enfermagem em regime de ambulatório, 8 a 12 semanas após a alta, por internamento de causa cerebrovascular, constataram que houve um agravamento dos défices neurológicos em 7,1% das pessoas, justificado pelos desvios ao plano de reabilitação definido à alta. No mesmo estudo, a disfagia foi um aspeto desvalorizado em 5,9% das pessoas, que apesar de apresentarem alterações na deglutição, não cumpriam o plano definido à alta, tendo sido detetadas várias inconformidades nomeadamente na adequação das consistências da dieta ao grau de disfagia.

Verificou-se também, através do estudo de Arnold e colaboradores (2016), que o destino da alta é significativamente afetado pela presença de compromisso na deglutição, uma vez que nestes houve menor probabilidade de alta para domicílio em comparação com pessoas que não apresentavam esta condição e que aos 3 meses, essa situação se mantinha.

Apesar de, ainda em regime de internamento, serem efetuadas intervenções por parte do EEER no sentido de aumentar o conhecimento e a capacidade para lidarem com esta nova situação, só quando o regresso ao domicílio efetivamente acontece é que a pessoa/cuidador enfrentam verdadeiramente as dificuldades, motivo que corrobora a importância da intervenção do EEER no auxílio à adaptação à nova realidade, neste caso após a alta hospitalar (Oliveira et al., 2019). Sendo o EEER, de acordo com o regulamento n.º 392/2019, um profissional com “nível elevado de conhecimentos e experiência acrescida que permitem-lhe tomar decisões relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação, maximizando o potencial da pessoa” (p.13565) torna-o habilitado para acompanhamento à pessoa após a alta hospitalar.

Surgiu a necessidade de elaborar um projeto que colmatasse esta falha e permitisse acompanhar a pessoa com diagnóstico de deglutição comprometida, doravante denominada por disfagia, após AVC através de *follow up* telefónico, após a alta hospitalar para domicílio. Segundo Schuitenmaker e colaboradores (2024) o *follow up* telefónico é uma estratégia útil na adesão terapêutica, permitindo a realização de alguns esclarecimentos e ensinamentos, com o

objetivo de evitar reinternamentos, idas aos serviços de urgência e complicações. Sendo uma abordagem que tem vindo a crescer nos dias atuais, revela-se uma aliada para a continuidade de cuidados devido às suas vantagens de fácil acesso, baixo custo, baixos recursos humanos e físicos e diminuição de tempo de espera em consultas (Teixeira, 2016). De acordo com o Parecer do Conselho Jurisdicional n.º 102/2009 da OE, o uso de atendimento por telefone revela várias vantagens nomeadamente a rapidez de resposta, maior acessibilidade em situações de mobilidade reduzida, maior acessibilidade da pessoa aos cuidados e do enfermeiro à pessoa, maior equidade no acesso a cuidados e potencial de ganhos em saúde em tempo útil. Ainda de acordo com o mesmo parecer, esta tipologia de consulta revela-se importante para manter a relação previamente estabelecida entre o profissional e a pessoa em regime de internamento que se estenderá no acompanhamento após a alta.

Com a implementação deste projeto espera-se:

- Promover a qualidade de vida da pessoa com disfagia e do seu familiar cuidador;
- Prevenir complicações associadas a esta condição.

Este projeto encontra-se inserido nos enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros nomeadamente a nível da “prevenção de complicações” e “organização dos cuidados de enfermagem”.

FORMULAR OBJETIVO

O objetivo deste projeto é implementar consulta de *follow up* telefónico à pessoa com disfagia, após AVC, no serviço de Neurologia num hospital da região Norte.

Não são conhecidos, em Portugal, projetos neste âmbito, tornando-o inovador.

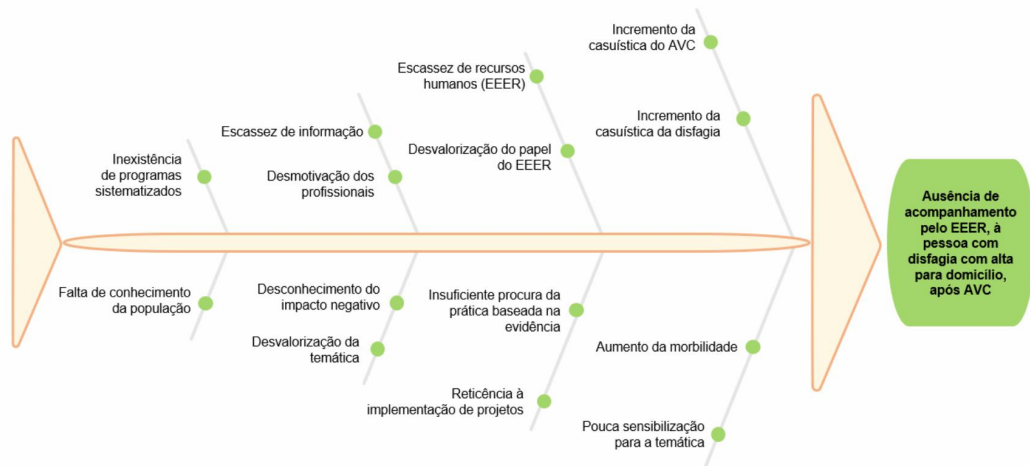
PERCEBER AS CAUSAS

Após a realização de um *brainstorming* entre alguns elementos que constituem a equipa do referido serviço, foram identificadas as causas prováveis que podem estar na origem do problema. Foi consensual a importância e pertinência do projeto quer para a pessoa com disfagia e o seu familiar cuidador, quer no impacto e visibilidade dos cuidados do EEER e os ganhos em saúde que poderão ser obtidos através dos mesmos.

O resultado encontra-se representado num Diagrama de *Ishikawa*, também conhecido como Diagrama de causa efeito (Figura 1).

Intervenções de enfermagem à pessoa com disfagia após acidente vascular cerebral e ao seu familiar cuidador –
uma scoping review

Figura 1: Diagrama de *Ishikawa*

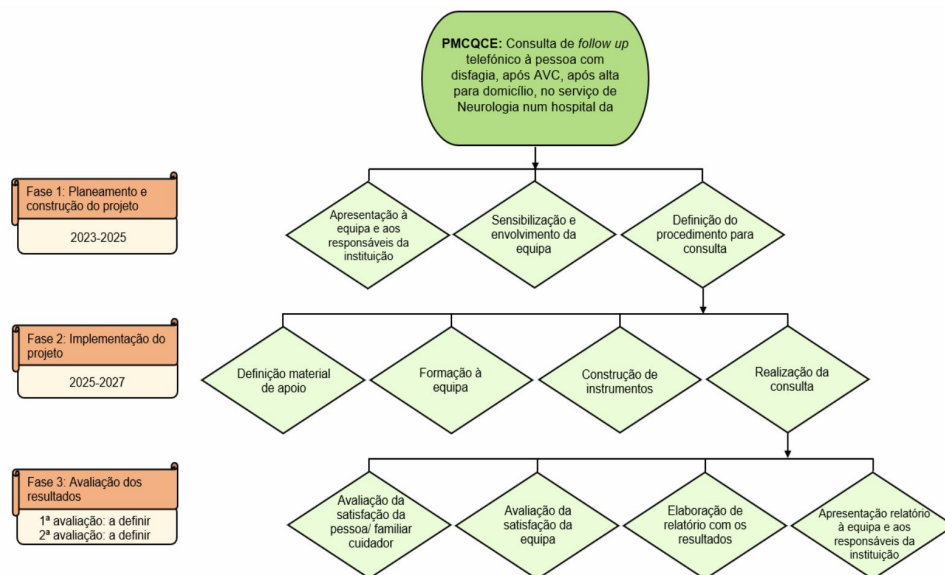


PLANEAR E EXECUTAR AS ATIVIDADES

Pretende-se que o presente projeto tenha a duração 24 meses, no horizonte temporal de 2025 a 2027 e que seja implementado por EEER do serviço de Neurologia de um hospital da região norte. Decorrerá em três fases.

O plano de ação encontra-se explanado no seguinte fluxograma (Figura 2), de realçar que será sempre contemplada a possibilidade de reformulação do mesmo.

Figura 2: Fluxograma de ação



Intervenções de enfermagem à pessoa com disfagia após acidente vascular cerebral e ao seu familiar cuidador –
uma scoping review

A amostra será obtida através da consulta do processo clínico, após parecer favorável da Comissão de Ética da instituição e após o preenchimento de um Consentimento Livre e Esclarecido pela pessoa que reúna as condições de inclusão seguintes:

- Pessoas com alta para domicílio após AVC, com diagnóstico de disfagia à alta;

Critérios de exclusão:

- Pessoas com deglutição comprometida sequelar a outro evento.

Torna-se necessário formular um conjunto de indicadores que permitam quantificar, reavaliar e gerir o processo, que se encontram descritos no quadro seguinte.

Quadro 1: Indicadores

Tipo de indicador	Indicador	Meta
Indicador de estrutura	Realizar o procedimento para implementar consulta	Que seja realizado o procedimento
	$\frac{\text{N.}^\circ \text{ de EEER que aderem à formação}}{\text{N.}^\circ \text{ de EEER no serviço}} \times 100$	Que pelo menos 80% dos EEER do serviço adiram
	$\frac{\text{N.}^\circ \text{ de pessoas com disfagia após AVC, com alta para domicílio, que aderem ao projeto}}{\text{N.}^\circ \text{ de pessoas com disfagia após AVC, com alta para domicílio}} \times 100$	Que pelo menos 75% das pessoas adiram
Indicador de processo	$\frac{\text{N.}^\circ \text{ de pessoas que aderem ao projeto até ao fim}}{\text{N.}^\circ \text{ de pessoas que participaram na consulta}} \times 100$	Que pelo menos 50% das pessoas terminem o projeto
Indicador de resultado	$\frac{\text{N.}^\circ \text{ de pessoas satisfeitas/muito satisfeitos com a consulta}}{\text{N.}^\circ \text{ de pessoas que participaram na consulta}} \times 100$	Que pelo menos 75% das pessoas estejam satisfeitas ou muito satisfeitas com a consulta
	$\frac{\text{N.}^\circ \text{ de EEER satisfeitos/muito satisfeitos com a formação}}{\text{N.}^\circ \text{ de EEER que participaram na formação}} \times 100$	Que pelo menos 75% dos EEER estejam satisfeitos ou muito satisfeitos com a formação

$\frac{\text{N.º de EEER satisfeitos / muito satisfeitos com o projeto}}{\text{N.º de EEER que participaram no projeto}} \times 100$	Que pelo menos 75% dos EEER estejam satisfeitos ou muito satisfeitos com o projeto
--	--

Serão realizadas auditorias internas ao longo do projeto. No final da consecução do mesmo e das tarefas preconizadas, a equipa avaliará os resultados com base nos dados recolhidos e realizará uma apreciação crítica, verificando necessidades de reformulação ou melhoria.

O presente, será submetido à comissão de ética do referido hospital no sentido de obter autorização para a aplicação do mesmo. Pretende-se que este PMCQCE possa ser publicado favorecendo a replicabilidade do mesmo noutros contextos ou instituições. Estudos sobre a incidência de disfagia após o AVC na fase aguda são comuns, no entanto, verificou-se que a literatura é muito escassa quanto ao acompanhamento pelo EEER, de pessoas com esta condição desde a admissão mas também após a alta para domicílio. Face ao risco de comportamentos de não adesão e ao risco de complicações com grande impacto na saúde da pessoa e para o Serviço Nacional de Saúde, consideramos que mais estudos se deveriam realizar e o acompanhamento devia ser devidamente estruturado em parceria com os apoios na comunidade.

BIBLIOGRAFIA

- Aires, M. M., Fukumoto, G. M., Ribeiro, S. L., Haddad, L. & Alvarenga, E. H. L. (2021). Disfagia por osteofitose cervical anterior: relato de caso. *CoDAS*, 34 (2). <https://www.scielo.br/j/codas/a/sPjvR7WhxKBqfvQq4kFDw3d/?format=pdf&lang=pt>
- Arnold, M., Liesirova, K., Morvay, A. B., Meisterernst, J., Schlager, M., Mono, M., El-Koussy, M., Kägi, G., Jung, S. & Sarikaya, H. (2016). Dysphagia in Acute Stroke: Incidence, Burden and Impact on Clinical Outcome. *PLoS ONE* 11(2). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0148424>
- Attrill, S., White, S., Murray, J., Hammond, S., & Doeltgen, S. (2018). Impact of oropharyngeal dysphagia on healthcare cost and length of stay in hospital: A systematic review. *BMC Health Services Research*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3376-3>
- Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros. (2009). Parecer CJ - 102/2009. Sobre: Consulta de Enfermagem por Via Telefónica. [PDF]. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/CJ_Documentos/Parecer10_2_2009_consulta_enfermagem_telefone.pdf

Domingos, A. & Veríssimo, D. (2014). *Cuidados de Enfermagem à Pessoa com deglutição comprometida*. [PDF].

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/projectos/Documents/Projetos_Melhoria_Qualidade_Cuidados_Enfermagem/CHMedioTejo_ProjetoDegluticao.pdf

Fan, J., Li, X., Yu, X., Liu, Z., Jiang, Y., Fang, Y., Zong, M., Suo, C., Man, Q. & Xiong, L. (2023). Global burden, risk factor analysis, and prediction study of ischemic stroke, 1990–2030. *Neurology Journals*, 101(2), 137-150. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37197995/>

Frias, A., Biléu, C. E. C., Pires, M.T.C & Marranita, S.J.M. (2015). Disfagia no doente após acidente Vascular Cerebral: Consequências e Intervenção do Enfermeiro. [PDF]. *Revista Ibero-Americana de saúde e envelhecimento*, 3(1). http://revistas.uevora.pt/index.php/saude_envelhecimento/article/view/79

Instituto Nacional de Estatística (INE). (2024). *Causas de morte – 2022*. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=646027025&DESTAQUESmodo=2

International Council of Nurses (ICN) (2019). *ICNP Browser*. <https://www.icn.ch/icnp-browser>

Middleton, S., Coughlan, K., Mnatzaganian, G., Choy, N. L., Dale, S., Jammali-Blasi, A., Levi, C., Grimshaw, J. M., Ward, J., Cadilhac, D. A., McElduff, P., Hiller, J. E., & D’Este, C. (2017). Mortality reduction for fever, hyperglycemia, and swallowing nurse-initiated stroke intervention: QASC Trial (Quality in Acute Stroke Care) follow-up. *Stroke*, 48(5), 1331–1336. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.116.016038>

Mourão, A. M., Lemos, S. M. A., Almeida, E. O., Vicente, L. C. C. & Teixeira, A. L. (2016). Frequência e fatores associado à disfagia após acidente vascular cerebral. *CoDAS*, 28(1), 66-70. <https://www.scielo.br/j/codas/a/VbgBrM3wqckGfHvnDhCW35y/?lang=pt>

Oliveira, A., Silva, A., Sá, N. & Brandão, S. (2019). Consulta de Enfermagem de Reabilitação ao doentes pós evento cerebrovascular: Que desvios encontrados ao plano delineado à alta pelo Enfermeiro de Reabilitação?. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(1), 5-13. <https://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/108/63>

Oliveira, I.J. (2022). *A pessoa com deglutição comprometida após o acidente vascular cerebral: da evidência à prática*. [Tese de Doutoramento, Instituto de Ciências

Biomédicas Abel Salazar]. Repositório Aberto da Universidade do Porto.
<https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/139866/2/532941.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Guião para a Organização de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Programa Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*.
<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/sites/sul/informacao/Documents/Gui%C3%A3o%20para%20elaborac%C2%B8%C3%A3o%20projetos%20qualidade%20SRS.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2023). *Documento das Áreas de Investigação para a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/30264/ponto-3_documento-linhas-de-investiga%C3%A7%C3%A3o-do-eer.pdf

Passos, K. O., Cardoso, M. C. A. F. & Scheeren, B. (2016). Associação entre escalas de avaliação de funcionalidade e severidade da disfagia pós-acidente vascular cerebral. *CoDas*, 29 (1). DOI: 10.1590/2317-1782/20172016111

Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República II Série, n.º 26 (06-02-2019) (4744-4750). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Regulamento n.º 392/2019 de 3 de maio (2019). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. Diário da República II Série, n.º 85 (03-05-2019) (13565-13568).
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/392-2019-122216893>

Sá, N., Oliveira, F., Almeida, F., Sacramento, C. & Oliveira, M. I. (2022). Programa de enfermagem de Reabilitação na pessoa com deglutição comprometida em contexto de AVC: estudo exploratório. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 6(1).
<https://doi.org/10.33194/rper.2023.265>

Schuitenmaker, J.W., Argillander, T.E., Bakker, M.E., Sandel, M.H. & Zwartsenburg, M.M.S. (2024). Telephone follow-up by nurse practitioners of geriatric patients discharged from the emergency department after traumatic injury. *International Journal of the*

Intervenções de enfermagem à pessoa com disfagia após acidente vascular cerebral e ao seu familiar cuidador –
uma scoping review

Care of the Injured, 55(5). [https://www.injuryjournal.com/article/S0020-1383\(23\)01038-0/abstract](https://www.injuryjournal.com/article/S0020-1383(23)01038-0/abstract)

Silva, M. (2020). *Caracterização e análise de custos da Disfagia Orofaríngea numa Unidade de Cuidados Continuados de Média Duração e Reabilitação*. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico do Porto]. Repositório Científico do Instituto Politécnico do Porto. https://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/17713/1/DM_MartaSilva.pdf

Silva, P.C.L & Grilo, E. N. (2018). Deglutição comprometida: uma abordagem de enfermagem de reabilitação. [PDF]. *Revista Ibero-Americana de saúde e envelhecimento*, 4(3). [http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2018.4\(3\).1498](http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2018.4(3).1498)

Takizawa, C., Gemmell, E., Kenworthy, J., & Speyer, R. (2016). A systematic review of the prevalence of oropharyngeal dysphagia in stroke, Parkinson's disease, Alzheimer's disease, head injury, and pneumonia. *Dysphagia*, 31(3), 434–441. <http://dx.doi.org/10.1007/s00455-016-9695-9>

Teixeira, V. A. B. (2016). *Follow-up telefónico na adesão terapêutica em pessoas com doença mental*. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/16761>

Venkat, S. (2024). Improving swallowing function with thickening agents in post-stroke oropharyngeal dysphagia: a real-world experience. *Current Medical Research and Opinion*, 40(7), 1163–1170. <https://doi.org/10.1080/03007995.2024.2365406>

Intervenções de enfermagem à pessoa com disfagia após acidente vascular cerebral e ao seu familiar cuidador –
uma scoping review