



**Preparação do regresso a casa dos utentes com AVC e alterações da deglutição:
Protocolo de intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de
Reabilitação**

Inês Aroso Oliveira Silva Assunção

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

Junho 2023

Porto

“A melhor maneira de ser feliz é contribuir para a felicidade dos outros.”

Robert Baden-Powell

AGRADECIMENTOS

O estudo apresentado reflete um esforço individual sustentado por um conjunto de contribuições de várias pessoas, que são indissociáveis ao seu resultado final, a quem gostaria de agradecer:

À Professora Doutora Inês Alves da Rocha e Silva Rocha, pela sua dedicação incessante, o seu rigor e a sua orientação fundamentada e crítico-reflexiva ao longo deste percurso, será sempre uma inspiração.

À Professora Doutora Goreti Marques, por já há alguns anos me incutir o gosto pela profissão e transmitir os seus saberes de uma forma tão generosa, pela sua objetividade e constante disponibilidade demonstrada, contribuiu, sem dúvida, para o desenvolvimento e aprimoramento deste trabalho de investigação.

Aos meus queridos pais e irmão, Miguel, que serão sempre os melhores exemplos de determinação, perseverança e coragem. Obrigada por me apoiarem e me motivarem sempre a querer ser mais e melhor. Sou uma sortuda por vos ter na vida!

Ao meu maravilhoso namorado, João, pela paciência, pelo carinho e pelo amor incondicional. Partilhar a vida contigo é ser-se leve e colorida!

À Joana, minha amiga do coração, que quando decidimos envergar nesta aventura juntas, mal sabíamos que íamos ser tanto uma para outra. Obrigada por todo o teu apoio!

À Diana e ao Amílcar, colegas que rapidamente se tornaram amigos, pelo interesse e preocupação demonstrados, pela partilha de sugestões e experiências e por sempre me incentivarem ao longo destes anos.

CHAVE DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

AVC	Acidente Vascular Cerebral
EEER	Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação
ESSSM	Escola Superior de Saúde de Santa Maria
OE	Ordem dos Enfermeiros
RIL	Revisão Integrativa da Literatura

RESUMO

Atualmente, o Acidente Vascular Cerebral (AVC) surge como uma das principais causas de morte e de incapacidade, sendo a alteração da deglutição uma das consequências mais frequentes. A disfagia define-se como sendo a dificuldade ou impossibilidade de engolir e apresenta diversas complicações como: desnutrição, desidratação, hospitalização prolongada, complicações pulmonares por aspiração de saliva e/ou alimento e morte.

Por sua vez, o regresso a casa com uma nova condição de saúde, poderá levar a receios e angústias tanto por parte do utente, como do familiar cuidador e ainda modificar a qualidade de vida de ambos. A concretização deste trabalho antevê poder contribuir para melhorar a atuação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) na capacitação do utente e do cuidador e, conseqüentemente, concorrer para uma prática clínica mais consistente.

Por este motivo, o objetivo geral deste trabalho científico é mapear e analisar a evidência sobre a importância da capacitação do utente com AVC e alterações da deglutição e do seu familiar cuidador, e tem como finalidade propor um protocolo de atuação do EEER na preparação do regresso a casa do utente com AVC e alterações da deglutição.

Os resultados sugerem que é fundamental que os EEER estejam capacitados, e executem intervenções atualizadas, consonantes com uma prática baseada na evidência, sendo crucial a implementação de cuidados padronizados, onde a realização de avaliações sistemáticas é determinante. O recurso a protocolos de atuação nos serviços revela-se como uma estratégia potenciadora do pensamento crítico-reflexivo dos profissionais, contribuindo desta forma para melhorar a qualidade e a segurança dos cuidados prestados.

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

ABSTRACT

Currently, Stroke (CVA) emerges as one of the primary causes of death and disability, with alteration in swallowing being one of the most common consequences. Dysphagia is characterized as the difficulty or inability to swallow and exhibits various complications such as malnutrition, dehydration, extended hospitalization, pulmonary complications due to the aspiration of saliva and/or food, and death.

Furthermore, returning home with a new health condition may lead to apprehensions and anxieties for both the patient and their family caregiver, potentially impacting the quality of life for both. The realization of this study anticipates contributing to enhancing the performance of the Specialist Rehabilitation Nurse (SRN) in empowering the patient and caregiver, and subsequently, fostering more consistent clinical practice.

For this reason, the general objective of this scientific work is to map and analyze evidence regarding the importance of empowering the patient with stroke and swallowing alterations, as well as their family caregiver. This study aims to propose an action protocol for SRNs in preparing for the patient's return home.

The results suggest it is fundamental for SRNs to be skilled and to execute updated interventions, in alignment with evidence-based practice. It is critical to implement standardized care, where the execution of systematic assessments is vital. Utilizing action protocols in services proves to be a strategy that enhances critical-reflective thinking among professionals, thereby contributing to improving the quality and safety of the care provided.

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

SUMÁRIO

ÍNDICE DE TABELAS.....	8
ÍNDICE DE ILUSTRAÇÕES	9
INTRODUÇÃO	11
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	15
1.1. MANIFESTAÇÕES DO AVC ISQUÉMICO E HEMORRÁGICO.....	16
1.2. ALTERAÇÕES DA DEGLUTIÇÃO	19
1.3. A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NOS UTENTES COM ALTERAÇÕES DA DEGLUTIÇÃO	22
2. PREPARAÇÃO DO REGRESSO A CASA DOS UTENTES COM AVC E DISFAGIA: INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO.....	25
3. PROTOCOLO DE ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO: CAPACITAÇÃO DO UTENTE COM AVC E DO FAMILIAR CUIDADOR SOBRE ALTERAÇÕES DA DEGLUTIÇÃO E ESTRATÉGIAS COMPENSATÓRIAS	41
CONCLUSÃO.....	49
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	51

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: <i>Categorização e principais sequelas do AVC Isquémico</i>	15
Tabela 2: <i>AVC Isquémico e principais manifestações clínicas</i>	16
Tabela 3: <i>AVC Hemorrágico e principais manifestações clínicas</i>	18
Tabela 4: <i>Consistência e textura dos líquidos e sólidos</i>	44
Tabela 5: <i>Estratégias compensatórias da deglutição</i>	45

ÍNDICE DE ILUSTRAÇÕES

Ilustração 1: <i>Consistência e textura das dietas</i>	43
---	----

INTRODUÇÃO

Em novembro de 1995, realizou-se uma Reunião de Consenso Pan-Europeu sobre o Tratamento AVC. Esta foi realizada em Helsingborg, na Suécia, para examinar os mais recentes conhecimentos baseados em evidências no tratamento do AVC e estabelecer metas para 2005, sendo que, deste encontro, resultou a Declaração de Helsingborg (Kjellström et al., 2007).

Segundo os mesmos autores, em março de 2006, foi celebrada uma segunda Conferência para atualização da evidência produzida e estabelecimento de novas metas.

Atualmente, o que se encontra em vigor na Europa, é o Plano de Ação para o AVC de 2018 a 2030, sendo que este plano segue o formato das anteriores Declarações de Helsingborg, estabelecendo objetivos para cada um dos domínios: prevenção primária; organização de cuidados no AVC; cuidados agudos no AVC; prevenção secundária; reabilitação; avaliação de resultados e vida pós-AVC (*European Stroke Organisation*, 2018).

O AVC é considerado uma emergência médica e é a principal causa de morte e incapacidade permanente em Portugal: a cada hora, três portugueses sofrem um AVC, sendo que um deles não sobrevive, e metade dos sobreviventes ficam com sequelas incapacitantes (Fonseca, 2021).

O mesmo autor menciona que as consequências do AVC podem ser diversas: dificuldade na mobilização de um membro; alteração da linguagem com dificuldade de expressão ou de compreensão; alteração da visão; alteração da deglutição; alteração do equilíbrio; alteração da sensibilidade; entre outras; Além disso, Fonseca (2021) refere que cerca de um terço dos sobreviventes de AVC podem ficar com défice cognitivo e um elevado número com dor crónica.

Uma das complicações mais frequentes após o AVC é a disfagia, cuja presença está associada a um aumento do risco de pneumonia, desidratação e desnutrição, traduzindo-se em piores resultados funcionais e numa diminuição da qualidade de vida (Cohen et al., 2016). Neste contexto, a intervenção precoce e sistematizada na sua identificação e gestão, iniciada por enfermeiros e refletida em protocolos, tem um impacto significativo nos resultados em saúde, nomeadamente num aumento da eficácia na prevenção da pneumonia por aspiração, na redução da mortalidade à alta e na redução do tempo de internamento (Hines et al., 2016).

Além do diagnóstico e do tratamento na fase aguda é imprescindível não descuidar a Reabilitação que tem um papel preponderante a vários níveis: na recuperação funcional, cognitiva e psicossocial, na integração social; na melhoria da qualidade de vida; na manutenção da atividade profissional e no grau de dependência (Fonseca, 2021).

É de salientar que o EEER “(...) utiliza técnicas e tecnologias específicas de reabilitação e intervém na educação dos clientes e pessoas significativas, no planeamento da alta, na continuidade dos cuidados e na reintegração das pessoas na família e na comunidade, proporcionando-lhes assim, o direito à dignidade e à qualidade de vida” (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 13565).

No entanto, a instalação de um quadro de AVC é súbita e não permite a preparação psicológica, a assimilação de conhecimento e o envolvimento gradual do cuidador nos cuidados, que se vê assim perante uma situação inesperada, para a qual não se encontra preparado e que, não poucas vezes lhe é imposta. Nestas situações, a preparação do regresso a casa torna-se ainda mais relevante (Grilo & Simões, 2012).

Para os mesmos autores, a preparação do regresso a casa tem como objetivo a aprendizagem e a aquisição de atitudes e comportamentos positivos relativamente à saúde, a adoção de medidas preventivas da doença e ainda a tomada de decisão consciente e fundamentada (Grilo & Simões, 2012).

Os ganhos em saúde da pessoa dependente, como a promoção do bem-estar e autocuidado, e a readaptação a uma nova condição de saúde e a prevenção de complicações, são obtidos, fundamentalmente, através do desempenho eficaz do familiar cuidador. Assim, esta pessoa terá de ser o foco de atenção dos enfermeiros nos diferentes contextos da prática, por forma a consciencializá-lo da necessidade de exercer um novo papel e habilitá-lo a dar respostas adequadas às necessidades do familiar dependente (Petronilho, 2007).

De facto, os enfermeiros são os principais agentes facilitadores dos clientes e famílias que experienciam transições, intervindo sobre as mudanças e exigências que se refletem no quotidiano das mesmas (Meleis et al., 2000).

É de referir que, Meleis (2012) definiu a transição como uma passagem de um estado estável para outro estado estável, sendo um processo caracterizado por uma mudança. A transição ocorre ao longo da vida do indivíduo, na qual acontecem eventos

marcantes, que podem produzir desequilíbrio. Os significados atribuídos às transições variam de pessoa para pessoa influenciando assim, o resultado das mesmas (Meleis et al., 2000).

Petronilho (2007), considera que a necessidade de apoio nos processos de transição, passa por entender o próprio processo de transição e implementar intervenções que prestem ajuda efetiva às pessoas, com vista a proporcionar estabilidade e sensação de bem-estar.

É neste contexto que emerge a necessidade de se realizar investigação nesta área, e por este motivo, também a definição de um protocolo de atuação do EEER na preparação do regresso a casa do utente com AVC e alterações da deglutição, assim como do seu cuidador, com o objetivo de auxiliar de forma objetiva o processo de transição/ saúde e situacional que estes intervenientes, respetivamente, estão a vivenciar.

A investigação científica é um mergulho no conhecimento, entre a procura do que existe e do desconhecido, sendo por isso, um processo sistemático que analisa fenómenos e obtém respostas para questões precisas que requerem investigação (Fortin, 2009).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2009), a investigação pode dar um elevado contributo à prática clínica de Enfermagem, na identificação e nomeação de saberes inerentes à prática, através de um processo de natureza indutiva e concomitantemente na validação desses saberes, através de processos de natureza dedutiva. Assim, a Ordem dos Enfermeiros (2009) menciona que esta é a forma de evoluir para uma efetiva construção da disciplina, através da identificação de saberes específicos e de uma evolução para a prática baseada na evidência.

O avanço no conhecimento requer que o EEER incorpore continuamente as novas descobertas da investigação na sua prática, desenvolvendo uma prática baseada na evidência, orientada para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, participando também em projetos de investigação que visem aumentar o conhecimento e o desenvolvimento de competências dentro da sua especialização (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

A realização deste trabalho de investigação antevê contribuir para a sistematização da prática clínica do EEER, nomeadamente na capacitação do utente com AVC e alterações de deglutição e do seu cuidador.

Desta forma, o objetivo geral deste trabalho científico é mapear e analisar a evidência sobre a importância da capacitação do utente com AVC e alterações da deglutição e do seu cuidador, tendo como finalidade uma proposta de protocolo de atuação do EEER na preparação do regresso a casa destes utentes e dos seus cuidadores.

Este trabalho encontra-se organizado em quatro capítulos.

A introdução explicita a estrutura da dissertação e quais os seus objetivos gerais.

O Capítulo I incorpora o enquadramento teórico, inicia-se com uma abordagem ao AVC, diferenciando-se as manifestações do AVC isquémico e do AVC hemorrágico. Descrevem-se ainda as alterações da deglutição, e qual a intervenção do EEER nos utentes com AVC e alterações da deglutição.

No capítulo II procede-se à descrição pormenorizada do percurso metodológico sob forma de uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL). Assim, é evidenciada a questão do utente com AVC e alterações da deglutição, a preparação do regresso a casa e o papel do EEER, visando especialmente a importância do acompanhamento efetuado e, neste caso, das intervenções que poderá realizar durante a preparação do regresso a casa. Este capítulo será apresentado em formato de artigo.

O capítulo III inclui a definição do protocolo de atuação do EEER no âmbito da temática da preparação do regresso a casa do utente com AVC e alterações da deglutição.

O capítulo IV compreende uma conclusão global e integrativa dos resultados quer do artigo acima mencionado, quer do protocolo, bem como os contributos da dissertação para a temática do papel do EEER na preparação do regresso a casa do utente com AVC e alterações da deglutição. Este capítulo inclui ainda a explicitação das limitações desta dissertação e sugestões para investigações futuras.

Finaliza-se a dissertação com a apresentação das referências bibliográficas utilizadas nos capítulos I, III e IV, dado o artigo integrar as referências bibliográficas utilizadas na sua elaboração.

1. ENQUADRAMENTO TÉORICO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) (2009), define o AVC como o comprometimento neurológico focal ou global, de ocorrência súbita e duração de mais de 24 horas, de provável origem vascular.

O AVC é a doença cerebrovascular mais frequente, sendo que a nível de incidência mundial há mais de 12,2 milhões de vítimas a cada ano. Globalmente, uma em cada quatro pessoas com mais de 25 anos terá um AVC ao longo da vida. Na prevalência da doença, atualmente existem mais de 101 milhões de pessoas a viver, após o evento cerebral (OMS, 2022).

Em 2020, registaram-se em Portugal 123720 óbitos, mais 10,1% do que em 2019. As doenças cerebrovasculares continuam a estar na origem do maior número de óbitos em 2020 (11 439), representando 9,2% da mortalidade (INE, 2020).

Segundo a *American Stroke Association* (2015) existem dois tipos de AVC: o AVC isquémico, que ocorre quando um coágulo ou trombo obstrui um vaso sanguíneo, interrompendo o fluxo sanguíneo para as células cerebrais; e o AVC hemorrágico, quando existe a rotura de um vaso sanguíneo, levando à formação de hematoma no parênquima cerebral.

Para Bamford et al. (1991), o AVC isquémico é incluído num conjunto de síndromes neurovasculares, e é definido como um enfarte cerebral. A sua categorização encontra-se explanada na tabela 1.

Tabela 1:

Categorização e principais sequelas do AVC Isquémico

<u>Categorização</u>	<u>Principais sequelas</u>
LACI (<i>Lacunar Anterior Circulation Infarct</i>)	Défi ce motor puro e/ou sensitivo; Disartria.
TACI (<i>Total Anterior Circulation Infarct</i>)	Disfunção das funções superiores (afasia, agnosia, alterações visuoespaciais, disgrafia, discalculia); Hemianópsia homónima; Défi ce motor e/ou sensorial ipsilateral em pelo menos 2 segmentos corporais (face, membro superior e inferior).

<u>Categorização</u>	<u>Principais sequelas</u>
PACI (<i>Parcial Anterior Circulation Infarct</i>)	Duas das alterações do TACI ou disfunção das funções superiores isolada; Défice motor mais restrito que no LACI (apenas num braço ou perna).
POCI (<i>Posterior Circulation Infarct</i>)	Disfunção cerebelosa; Parésia de pares cranianos/ défice motor contralateral; Hemianópsia homónima isolada; Défice motor/sensitivo bilateral.

Fonte: Adaptado Bamford et al. (1991)

Este método de classificação, em fase aguda, apresenta diversas vantagens: é rápido, fácil e económico na recolha de informação em todos os utentes, apresenta uma razoável concordância inter-observadores; e prevê o tamanho e local da lesão ainda antes da realização da tomografia computadorizada, facilitando o prognóstico de evolução funcional (Paci et al., 2011).

1.1. MANIFESTAÇÕES DO AVC ISQUÉMICO E HEMORRÁGICO

Menoita (2014) refere que o AVC isquémico não se distribui pelo encéfalo ao acaso, mas sim, por territórios arteriais, enquanto que o AVC hemorrágico ocorre nos locais de maior fragilidade vascular. Assim, pode-se concluir que a oclusão de diferentes artérias cerebrais origina quadros clínicos distintos.

Por conseguinte, a tabelas 2 e 3, que seguidamente se apresentam, visam sistematizar o AVC isquémico e hemorrágico nos territórios vasculares afetados e as principais manifestações clínicas.

Tabela 2:

AVC Isquémico e principais manifestações clínicas

Território vascular afetado	Principais manifestações clínicas
Artéria cerebral anterior	Abulia; Alterações do comportamento (se o AVC do lobo frontal for intenso); Apraxia da marcha; Hipostesia contralateral, de predomínio crural; Parésia contralateral, de predomínio crural; Incontinência.

Território vascular afetado	Principais manifestações clínicas
Artéria cerebral média	<p>Afasia global, motora ou sensitiva (hemisfério esquerdo); Anosognosia, hemineglet contralateral (hemisfério direito); Desvio conjugado do olhar homolateral; Disartria; Hemianópsia homónima contralateral; Hemihipostesia contralateral; Hemiparésia contralateral, de predomínio braqueofacial.</p>
Artéria cerebral posterior	<p>Agrafia sem alexia; Ataxia; Alterações de memória (lesão bilateral); Cegueira cortical, provocada por lesão bilateral dos lobos occipitais associada a agnosia; Hemihipostesia contralateral; Hemianópsia homónima contralateral; Hemiplegia fugaz; Síndromes sensoriais talâmicos.</p>
Artéria vertebro-basilar	<p>Amnésia; Ataxia e desequilíbrio; Disartria; Disfagia; Soluços; Diplopia, parésia dos movimentos oculares conjugados; Nistagmo; Parésia dos nervos cranianos; Parésia facial; Hemiparésia e/ou hemihipostesia bilaterais.</p>

Fonte: Adaptado de Ferro e Pimentel (2006)

Tabela 3:

AVC Hemorrágico e principais manifestações clínicas

Território vascular afetado	Principais manifestações clínicas
Hemorragia intracerebral	<u>Hemisférica profunda</u> Afasia global (hemisfério esquerdo); Desvio conjugado do olhar homolateral; Deterioração progressiva da vigília; Hemiparésia contralateral de predomínio braquiofacial; Náuseas e vômitos; Neglect (hemisfério direito). <u>Hemisférica lobar</u> Cefaleias; Défices visuo-espaciais; Hemianopsia; Neglect. <u>Cerebelo</u> Ataxia na marcha e desequilíbrio; Cefaleias; Cáuseas e vômitos; Tonturas. <u>Protuberância</u> Coma; Pupilas mióticas; Tetraparésia.
Hemorragia subaracnoídea	Alterações da vigília; Cefaleia súbita desencadeada por esforços; Náuseas e vômitos; Sinais de irritação meníngea.

Fonte: Adaptado de Ferro e Pimentel (2006)

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

1.2. ALTERAÇÕES DA DEGLUTIÇÃO

A deglutição é um processo neuromuscular complexo que exige comunicação entre o sistema nervoso central e o sistema nervoso periférico, bem como ações coordenadas entre a cavidade nasal, a cavidade oral (lábios, dentes, palato duro, palato mole, mandíbula, língua e pilares fauces), a cavidade faríngea (constritores faríngeos, superior, médio e inferior), a laringe (epiglote, cartilagens aritnóides, pregas ventriculares e cordas vocais), os músculos, os nervos cranianos, o encéfalo e o esófago (Hoeman, 2011).

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

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

Hoeman (2011) menciona que a fase oral preparatória e a fase oral correspondem às fases voluntárias da deglutição, e que a fases faríngea e a fase esofágica dizem respeito às fases involuntárias.

Segundo o mesmo autor, na fase oral preparatória ocorre a entrada do alimento na cavidade oral, dá-se início ao processo de mastigação e ao envolvimento do alimento com a saliva, participando neste processo os dentes, a língua, a mandíbula e as glândulas salivares. Por sua vez, a fase oral inicia-se quando a língua propulsiona o bolo alimentar em direção à orofaringe e esta é controlada pelos pares cranianos V (trigémio), VII (facial) e XII (hipoglosso).

Na terceira etapa, a fase faríngea, estão envolvidos três mecanismos distintos, o fecho da glote através da adução das pregas vocais, o encerramento da entrada da laringe por meio da eversão da epiglote e a elevação e anteriorização da laringe. Quando

ocorre a elevação da laringe, o esfíncter esofágico superior relaxa e ocorre a passagem do bolo alimentar para o esófago, dando início à última fase do processo de deglutição, a fase esofágica. Nesta última fase, com uma duração de cinco a oito segundos, dá-se a passagem do bolo alimentar para o estômago. Quando os bolos alimentares são sólidos, as ondas peristálticas ajudam nessa progressão, no caso de bolos alimentares mais líquidos a progressão dá-se por força da gravidade (Hoeman, 2011).

Soares (2014) visa que a disfagia é definida como um transtorno da deglutição caracterizada por uma dificuldade na preparação oral do bolo alimentar ou no deslocamento do alimento da boca até ao estômago. Esta pode ter diferentes etiologias tais como: cancro do pescoço e cabeça; traqueostomia; cirurgias cervicais; entubação traqueal; e, principalmente, condições neurológicas (destacando-se o AVC, TCE e as doenças neurodegenerativas).

Na perspetiva do autor anteriormente referido, quando ocorre o AVC, a disfagia afeta grande parte dos doentes e pode resultar em aspiração e ingestão oral reduzida que, conseqüentemente, pode conduzir a complicações potencialmente graves, nomeadamente pneumonia, desnutrição e desidratação. Além das complicações físicas, a disfagia repercute-se na qualidade de vida, no isolamento social, no aumento da mortalidade e no aumento dos custos globais de saúde.

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

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

- Alterações da consciência;
- Ausência do controlo cefálico.

Atualmente, existem diferentes instrumentos de apoio à tomada de decisão, o mais comum o *Gugging Swallowing Screen* (GUSS), utilizado para a identificação de disfagia em utentes com AVC.

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

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

É de salientar que entre as limitações dos instrumentos de apoio à tomada de decisão está a dificuldade em detetar as aspirações “silenciosas”, que resultam em infeções respiratórias frequentes. Desta forma, recorre-se à videofluoroscopia, que é o meio complementar de diagnóstico considerado *gold standard* para o diagnóstico da aspiração (Ribeiro, 2021).

Segundo o mesmo autor, a avaliação dinâmica da deglutição determina se a pessoa está a aspirar e qual o mecanismo que está em défice, permitindo ainda otimizar as diferentes consistências/ texturas dietéticas, bem como as estratégias compensatórias, posturais e manobras a usar.

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

Assim sendo, tendo em consideração a evidência científica existente, a deteção precoce das alterações da deglutição reduz as complicações pulmonares, a duração do tempo de internamento e os custos globais de saúde.

1.3. A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NOS UTENTES COM ALTERAÇÕES DA DEGLUTIÇÃO

Ao longo do ciclo de vital são várias as mudanças que ocorrem na vida de um indivíduo, o que implica um período de ajustamento e de adaptação à nova situação, sendo que a este processo Meleis intitula de “transição” (Meleis, 2010).

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

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

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

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

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

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

No que concerne à natureza das transições definem-se três tipos: pessoais (relacionada com significados, crenças, estatuto socioeconómico, e conhecimento prévio); comunitárias (suporte familiar, informação, modelos); e sociais (relacionado com as condições da sociedade) (Meleis et al., 2000).

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

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

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

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

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

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

Este conhecimento e competência incluem a avaliação da capacidade da pessoa para se alimentar e hidratar de forma autónoma, atendendo à sua mobilidade, à força muscular, ao controlo dos talheres (desde o prato até à boca), à capacidade de preparar os alimentos e os líquidos para a sua ingestão, ao controlo da cabeça na posição sentada e à acuidade visual. Toda a avaliação de enfermagem, contextualização do problema, antecedentes e hábitos prévios ajudam na determinação da incapacidade e fundamentam os diagnósticos de enfermagem (Sá et al., 2023).

2. PREPARAÇÃO DO REGRESSO A CASA DOS UTENTES COM AVC E DISFAGIA: INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO

Inês Aroso Oliveira Silva Assunção¹

Goreti Marques¹

Inês Alves da Rocha da Silva Rocha¹

HIGHLIGHTS

1. Enfermeiros de Reabilitação devem investir em formação sobre disfagia.
2. Comunicação eficaz com o utente/cuidador é essencial aquando alta hospitalar.
3. Há necessidade de instituir protocolos para a padronização de cuidados.
4. Enfermeiros de Reabilitação são fundamentais na capacitação dos utentes/cuidadores.

RESUMO

Objetivo: analisar a evidência relativa à preparação do regresso a casa dos utentes com acidente vascular cerebral e disfagia e do seu familiar cuidador, e a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

Método: revisão integrativa da literatura, cuja colheita de dados foi realizada em dezembro de 2022, nas bases de dados CINAHL Plus *with Full Text* a partir do agregador *EBSCOhost*, na PubMed via MEDLINE e na Scopus.

Resultados: a amostra final foi composta por 4 artigos, tendo-se constado que há lacunas no conhecimento dos enfermeiros relativamente à disfagia. Estes têm um papel preponderante, não só no que diz respeito à monitorização da disfagia, mas também na capacitação do familiar cuidador/ utente.

¹ Escola Superior de Saúde Santa Maria, Porto, Portugal.

Conclusão: a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na capacitação do utente com acidente vascular cerebral e disfagia e do familiar cuidador, na preparação do regresso a casa é fundamental.

DESCRITORES: Acidente vascular cerebral; Transtornos de deglutição; Familiar cuidador; Enfermagem; Reabilitação.

INTRODUÇÃO

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) pode ser definido como o desenvolvimento rápido de sinais clínicos de distúrbios focais (ou globais) da função cerebral, com sintomas que perduram por um período superior a 24 horas ou conduzem à morte, sem outra causa aparente que a de origem vascular¹.

Destacam-se como uma das complicações mais comuns no pós AVC, as alterações da deglutição. Neste sentido, de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) versão 2019, deglutir é o processo fisiológico da “(...) *passagem dos líquidos e dos alimentos fragmentados, pelo movimento da língua e dos músculos, da boca para o estômago através da orofaringe e esófago*”².

A alteração da deglutição, frequentemente designada por disfagia, contribui para piores resultados a longo prazo, incluindo dependência funcional, institucionalização e aumento da mortalidade³.

Assim, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) auxilia os utentes a vivenciarem processos de transição saúde/ doença, sendo a sua intervenção impactante na vida das pessoas. De facto, o EEER desempenha um papel fundamental perante uma transição eminente, de modo a facilitar processos de

conhecimento e aprendizagem de novas capacidades. Podem ser exemplo de transições, que tornam a pessoa vulnerável, as experiências de doença como um diagnóstico, procedimentos cirúrgicos, reabilitação e recuperação⁴.

Neste contexto, o EEER procura mobilizar conhecimentos com o objetivo de orientar a pessoa e os seus familiares cuidadores na persecução da recuperação da funcionalidade, e na manutenção e na promoção do bem-estar e da qualidade de vida, através da promoção do autocuidado, da prevenção de complicações e da maximização das capacidades⁵.

Face ao exposto anteriormente, os objetivos gerais desta revisão integrativa da literatura são mapear e analisar a evidência sobre a importância da capacitação do utente com AVC e alterações da deglutição e do seu cuidador.

MÉTODOS

O estudo utiliza o método de revisão integrativa da literatura, desenvolvido com a finalidade de reunir e sintetizar achados de estudos realizados, mediante diferentes metodologias, com o intuito de contribuir para o aprofundamento do conhecimento relativo ao tema investigado⁶.

A presente revisão teve como questão norteadora: “Qual a intervenção do EEER na capacitação do utente e do familiar cuidador, na preparação do regresso a casa do utente com AVC e alterações da deglutição?” . Na estruturação desta questão, recorreremos à estratégia PICO⁷: em que os participantes (P) são os utentes com AVC e alterações da deglutição e os seus cuidadores; a intervenção (I) diz respeito à atuação do EEER na capacitação do utente e do familiar cuidador sobre as alterações da deglutição;

a comparação (C) é nula; e, por último, os *outcomes* (o)/ resultados referem-se à preparação do regresso a casa.

A colheita de dados ocorreu no dia 13 de dezembro de 2022, nas seguintes bases de dados: CINAHL Plus *with Full Text* a partir do agregador *EBSCOhost*, na PubMed via MEDLINE e na Scopus. Como estratégia de pesquisa, utilizou-se a expressão booleana: (“stroke” OR “cerebrovascular accident” OR “cva”) AND (“dysphagia*” OR “swallowing*” OR “deglutition disorders”) AND (“learning*” OR “education” OR “caregivers” OR “family members” OR “relatives” OR “informal caregivers”) AND (“rehabilitation*” OR “recovery”). Definiram-se como critérios de inclusão, apenas na Scopus, estudos disponíveis em texto integral, nos idiomas inglês e português, e em que os participantes fossem apenas adultos.

Da pesquisa resultou a identificação de 878 artigos, dos quais foram excluídos 207 por estarem duplicados. Assim, após esta triagem, obtiveram-se 671 artigos, cujos títulos e resumos foram lidos de forma crítica e reflexiva, tendo resultado uma exclusão adicional de 577 artigos.

Adicionalmente, foram excluídos 77 artigos por não apresentarem texto integral; 2 por estarem em idioma chinês, 1 em japonês e 1 em francês; e 4 por serem capítulos de livros.

De seguida, após a aplicação dos critérios de inclusão, estabeleceu-se uma amostra de 9 artigos. Após a leitura do texto integral destes artigos, excluíram-se 5, sendo que o motivo de exclusão prende-se sobretudo com o facto de o objetivo dos estudos não responder à questão de partida.

Finalmente, procedeu-se a uma análise criteriosa dos artigos selecionados, extraindo dos mesmos as evidências relativas à intervenção do EEER na capacitação do utente e do familiar cuidador, na preparação do regresso a casa do utente com AVC e alterações da deglutição.

O diagrama 1 representa o processo de identificação e seleção realizada.

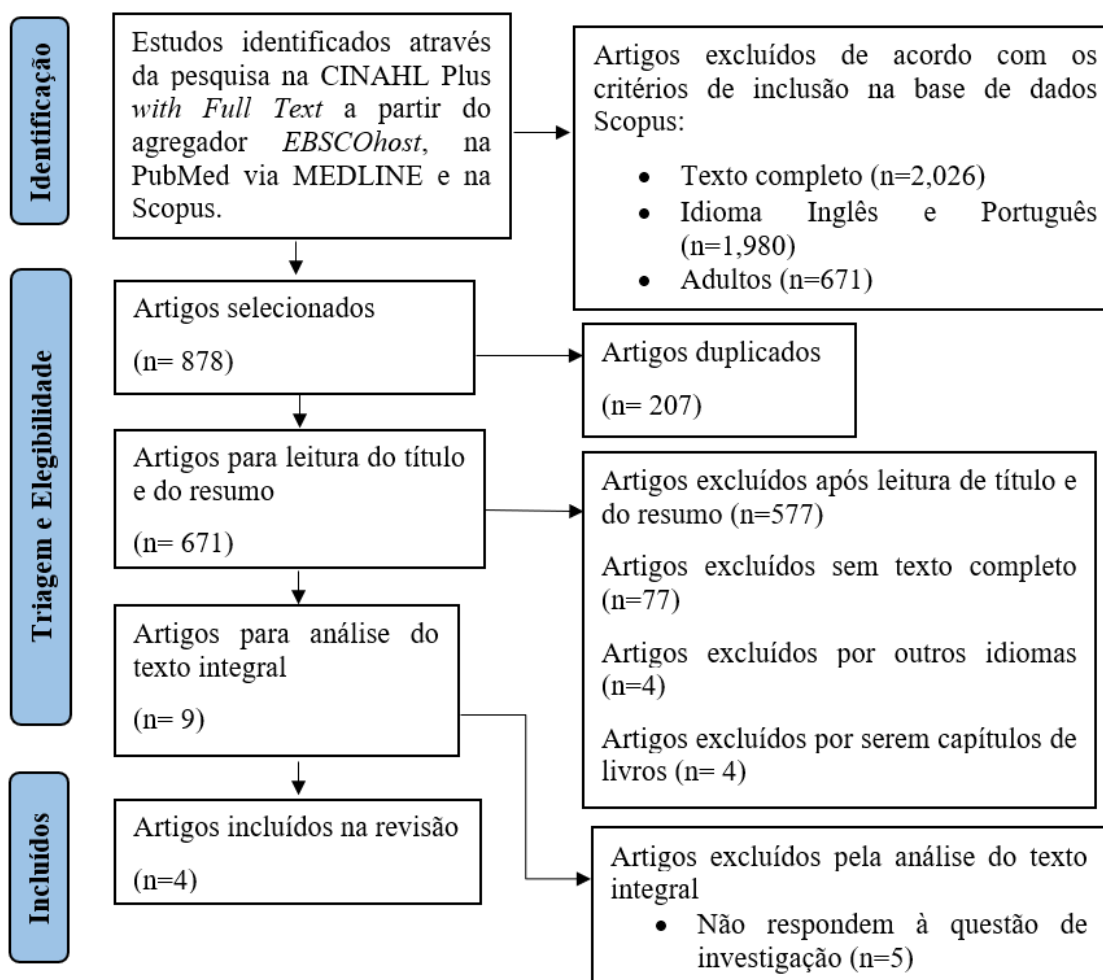


Diagrama 1 - Processo de identificação dos estudos - PRISMA *Diagram Flow*. Porto, Portugal, 2023

RESULTADOS

Após a análise dos quatro artigos selecionados e com o objetivo de sintetizar os resultados encontrados, foi elaborado o quadro 1, o qual apresenta o título do artigo, os autores e o ano, o tipo de estudo, os objetivos e os resultados de cada artigo incluído

Quadro 1 - Caracterização dos estudos incluídos na revisão integrativa da literatura. Porto, Portugal, 2023

Título do artigo / Autores e ano	Tipo de estudo	Objetivos	Resultados
Estudo 1 (E1): Knowledge and practice of health professionals in the management of dysphagia / Sánchez-Sánchez et al., 2021	Transversal descritivo	Avaliar o conhecimento e a prática dos profissionais de saúde na gestão da disfagia, bem como sugerir possíveis intervenções para melhorar a prática clínica.	Os questionários efetuados demonstraram que, muito embora a maioria dos profissionais de saúde detenham conhecimento sobre a disfagia e as possíveis complicações, existem lacunas no que concerne à avaliação da disfagia e, por conseguinte, na identificação dos

			<p>utentes com alterações da deglutição.</p> <p>Salientou-se também a falta de conhecimento no que diz respeito à intervenção precoce e implementação da reabilitação nestes utentes.</p> <p>Na prática, os resultados traduzem que a maioria dos profissionais de saúde não utilizaram instrumentos de triagem padronizados para avaliar a disfagia, como também não implementaram medidas para prevenir o risco de</p>
--	--	--	--

			aspiração. Por fim, destacou-se a falta de coordenação e gestão da disfagia entre a equipa interdisciplinar.
Estudo 2 (E2): Omission of dysphagia therapies in hospital discharge communications / Kind et al., 2011	Revisão sistemática da literatura	Avaliar a frequência e os motivos que levam à omissão das estratégias de deglutição nas cartas de alta hospitalar dos utentes com disfagia, e ainda evidenciar potenciais consequências que advêm desta situação.	Neste estudo revelou-se que as estratégias de deglutição foram omitidas em 35% das cartas de alta hospitalar nos utentes com alterações de deglutição. A falta de comunicação entre os profissionais de saúde e os utentes/familiares cuidadores é um dos principais fatores

			para a inadequada capacitação destes intervenientes, podendo, desta forma, comprometer a segurança e qualidade dos cuidados prestados.
Estudo 3 (E3): Nursing interventions for improving nutritional status and outcomes of stroke patients: descriptive of processes and outcomes / Perry et al., 2013	Descritivo	Identificar, avaliar e descrever as intervenções de enfermagem que visam melhorar o estado nutricional dos utentes com AVC.	Este estudo descreve as intervenções de enfermagem que visam melhorar o estado nutricional dos utentes com AVC, sendo que estas incluem: a avaliação nutricional regular; a supervisão e treino na ingestão alimentar; a capacitação sobre a dieta e nutrição adequada; e ainda, a monitorização

			<p>regular dos sinais vitais. Estas intervenções devem ser adaptadas às necessidades individuais de cada indivíduo e a abordagem interdisciplinar é essencial para garantir um tratamento eficaz e abrangente destes utentes.</p> <p>Além disso, o envolvimento dos familiares cuidadores durante todo o processo, foi apontado como sendo um elemento facilitador no processo de</p>
--	--	--	---

			transição do utente.
Estudo 4 (E4): Care of the patient with acute ischemic stroke (posthyperacute and prehospital discharge): update to 2009 comprehensive nursing care scientific statement / Green et al., 2021	Revisão integrativa da literatura	Resumir e incorporar a evidência das melhores práticas relevantes para a prestação de cuidados de enfermagem, a utentes com AVC e ao familiar cuidador, na fase de internamento.	Foram apresentadas recomendações para a prática de enfermagem nos cuidados ao utente com AVC, durante o internamento e na preparação do regresso a casa, tendo sido destacadas: a avaliação e monitorização regular dos utentes; a prevenção e o tratamento de complicações; as intervenções de promoção de saúde, capacitação do utente e do familiar cuidador; e

			<p>orientações para o planeamento do regresso a casa.</p> <p>Referiu-se a importância da abordagem interdisciplinar no utente com AVC e realçou-se o papel crucial da enfermagem na coordenação e implementação dessas intervenções.</p>
--	--	--	--

Fonte: Elaboração própria (2023)

DISCUSSÃO

O E1 menciona que o conhecimento e a prática adequada dos enfermeiros, no que diz respeito à disfagia, é de extrema importância, uma vez que a formação específica e a experiência no cuidado aos utentes com alterações de deglutição traduz-se em melhores resultados⁸.

De facto, os enfermeiros desempenham um papel preponderante na identificação do utente com alterações da deglutição e devem realizar esta monitorização o mais precocemente possível, com o objetivo de gerir as intervenções necessárias e capacitar

tanto o utente como o familiar cuidador. Assim, no que concerne ao E3 e E4, ambos operacionalizam as intervenções de enfermagem, devendo estas incluir: a monitorização regular do peso e a avaliação da função de deglutição; as preferências alimentares do utente; e o encaminhamento apropriado para outros elementos da equipa interdisciplinar quando necessário^{9,10}. Os mesmos autores defendem ainda que: a organização, a supervisão e o acompanhamento do utente disfágico pelo EEER, durante as refeições é crucial, uma vez que estes momentos se constituem fulcrais: não só para o ensino e o treino de exercícios de deglutição e estratégias compensatórias, bem como para garantir a disponibilidade de auxiliares alimentares e dispositivos apropriados à condição clínica do mesmo⁹.

Todavia, os quatro artigos seleccionados, destacam a falta de comunicação entre a equipa interdisciplinar, o utente e o familiar cuidador. Assim, a comunicação entre a equipa interdisciplinar é essencial para que não haja a omissão de informações aquando da alta hospitalar, facilitando, desta forma, o processo de transição para o domicílio¹¹. Nesse sentido, quer a capacitação do utente, quer a do seu familiar cuidador, devem ser iniciadas antes do regresso a casa¹⁰.

Ainda noutra vertente, é de salientar que existe uma correlação positiva entre os internamentos prolongados e a ocorrência de complicações nos utentes, pelo que emerge a necessidade de se instituir protocolos nos serviços com utentes com AVC e alterações da deglutição visando a obtenção de melhores resultados e altas hospitalares mais precoces¹⁰.

Finalmente, no que diz respeito às limitações deste estudo, estas prendem-se sobretudo com o facto de os artigos seleccionados serem maioritariamente de natureza

descritiva, sendo necessário estudos com níveis de evidência mais elevados para o fortalecimento da disseminação do conhecimento sobre a temática em análise.

CONCLUSÃO

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

Nesse sentido, a presente revisão integrativa da literatura, traz contribuições para a área da Enfermagem de Reabilitação pois permitiu evidenciar que a atuação do EEER na capacitação do utente com AVC e alterações de deglutição e do seu familiar cuidador na preparação do regresso a casa é determinante para uma transição saúde/ doença e situacional saudável. É fundamental que os EEER invistam na formação contínua, de forma a se manterem atualizados quanto às intervenções mais recentes e eficazes, sendo que, através da implementação de cuidados padronizados e avaliações sistemáticas, é possível melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados a estes utentes e aos seus familiares cuidadores.

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

REFERÊNCIAS

1. OMS. STEPS: Enfoque passo a passo da OMS para vigilância de acidentes vasculares cerebrais [Internet]. 2009 [cited 2023 May 9]. p. 6. Available from: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/manualpo.pdf>

2. Ordem dos Enfermeiros. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem Versão 2019 [Internet]. Lisboa; 2019 [cited 2023 May 17]. 47 p. Available from: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/27837/ordem-enfermeiros-cipe.pdf>
3. Pacheco-Castilho AC, Miranda RPC, Norberto AMQ, Favoretto DB, Rimoli BP, Alves LB de M, et al. Dysphagia is a strong predictor of death and functional dependence at three months post-stroke. *Arq Neuropsiquiatr* [Internet]. 2022 May 1 [cited 2023 May 17];80(5):462–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35195229/>
4. Meleis AI. Transitions Theory- Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice [Internet]. Springer Publishing Company; 2010 [cited 2023 May 17]. Available from: https://taskurun.files.wordpress.com/2011/10/transitions_theory__middle_range_and_situation_specific_theories_in_nursing_research_and_practice.pdf
5. Sá N, Oliveira F, Almeida F, Sacramento C, Oliveira MI. Programa de Enfermagem de Reabilitação na pessoa com deglutição comprometida em contexto de AVC: Estudo Exploratório. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação* [Internet]. 2023 Jan 30 [cited 2023 May 9];6. Available from: <https://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/265>
6. Baldini Soares C, Akiko Komura Hoga L, Peduzzi M, Sangaleti C, Yonekura T, Rachel Audebert Delage Silva D. Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem. 2014 [cited 2023 May 9]; Available from: www.scielo.br/reeusp
7. Joanna Briggs Institute. Joanna Briggs Institute reviewers manual: 2011 edition. Adelaide, Australia: Author.; 2011.

8. Sánchez-Sánchez E, Avellaneda-López Y, García-Marín E, Ramírez-Vargas G, Díaz-Jimenez J, Ordonez FJ. Knowledge and practice of health professionals in the management of dysphagia. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Feb 2;18(4):1–10.
9. Perry L, Hamilton S, Williams J, Jones S. Nursing Interventions for Improving Nutritional Status and Outcomes of Stroke Patients: Descriptive Reviews of Processes and Outcomes. *Worldviews Evid Based Nurs* [Internet]. 2013 Feb [cited 2023 Jan 28];10(1):17–40. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22672585/>
10. Green TL, McNair ND, Hinkle JL, Middleton S, Miller ET, Perrin S, et al. Care of the Patient with Acute Ischemic Stroke (Posthyperacute and Prehospital Discharge): Update to 2009 Comprehensive Nursing Care Scientific Statement: A Scientific Statement from the American Heart Association. *Stroke* [Internet]. 2021 [cited 2023 Feb 9];E179–97. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33691469/>
11. Kind A, Anderson P, Hind J, Robbins JA, Smith M. Omission of dysphagia therapies in hospital discharge communications. *Dysphagia* [Internet]. 2011 Mar [cited 2023 Feb 9];26(1):49–61. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2888892>

A elaboração da RIL em formato de artigo respeitou as normas de publicação da Revista *Cogitare Enfermagem*, tendo inclusive já sido submetido para publicação.

3. PROTOCOLO DE ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO: CAPACITAÇÃO DO UTENTE COM AVC E DO FAMILIAR CUIDADOR SOBRE ALTERAÇÕES DA DEGLUTIÇÃO E ESTRATÉGIAS COMPENSATÓRIAS

Objetivo: Capacitação do utente e familiar cuidador sobre as alterações da deglutição e as estratégias compensatórias, de forma a prevenir complicações associadas à disfagia: pneumonia de aspiração, desidratação e desnutrição.

1) Identificação e avaliação:

- ✓ Nas primeiras 4 a 24h em que o utente é admitido no internamento, realizar o teste de deglutição e uma avaliação do estado nutricional (Green et al., 2021)
- ✓ Avaliar a volição do familiar cuidador.
 - No processo de transição vivido pelo familiar cuidador aquando do regresso a casa da pessoa dependente, após o evento crítico gerador de internamento hospitalar, os EEER têm como propósito ajudar a atingir o ponto de equilíbrio, preservando as situações de estabilidade vividas pelo familiar cuidador, tendo como resultado *major* uma prestação de cuidados adequada às necessidades da pessoa dependente (Martins et al., 2016).

Assim Shyu (2000), ao explorar a volição do familiar cuidador no exercício do papel, identificou 3 fases neste processo de transição do hospital para o domicílio, que permitem um “padrão estável de cuidar”:

- 1) Fase de compromisso: ocorre em meio hospitalar e tanto o familiar cuidador como a pessoa dependente iniciam a consciencialização sobre a assunção do papel de cada um na interação. O familiar cuidador procura informação sobre a condição de saúde da pessoa dependente, monitorização de sintomas e intervenção, assistência nos autocuidados e intervenção de emergência;

- 2) Fase de negociação: acontece no período imediato à alta hospitalar e o familiar cuidador sente necessidade de apoio continuado para desenvolver as competências necessárias ao exercício do papel, bem como suporte emocional;
- 3) Fase de resolução: esta etapa conduz à adaptação e estabilização do papel, apesar de já se sentir confortável e preparado, o familiar cuidador mantém a necessidade de suporte emocional e de apoio por parte de outras pessoas (sobretudo familiares), para dar continuidade ao exercício do seu papel.

- ✓ Identificar, com os utentes e familiares cuidadores, os resultados esperados e a metas a atingir de forma a promover a autonomia e qualidade de vida (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

2) Capacitação sobre as alterações de deglutição:

- ✓ Realizar sessões de educação para a saúde, com o utente e familiar cuidador, sobre (I) as alterações da deglutição; (II) as modificações das texturas das dietas; e (III) a prevenção de complicações.

De salientar que o agendamento das sessões de educação para a saúde dependerá do conhecimento e da capacidade de aprendizagem do utente e do familiar cuidador. Além disso, será necessário adaptar a linguagem utilizada de acordo com o grau de literacia em saúde dos intervenientes.

(I) **Alterações da deglutição** (Ribeiro, 2021):

- Alteração da sensibilidade na cavidade oral e na parede faríngea posterior;
- Reflexo venopalatino diminuído ou ausente;
- Aumento do tempo de deglutição (para líquidos e sólidos);
- Acumulação involuntária do conteúdo alimentar na cavidade oral;
- Ausência de encerramento dos lábios durante a deglutição/ escape anterior de conteúdo da cavidade oral;
- Movimentos assimétricos dos lábios e língua;

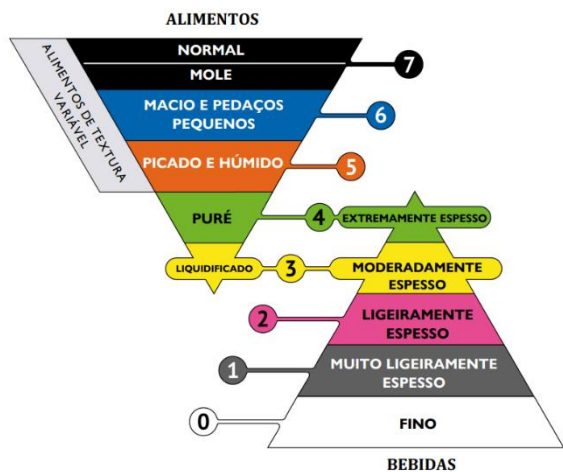
- Sialorreia;
- Alteração na voz (“voz húmida”) após deglutição;
- Tosse tardia (três minutos após a deglutição);
- Deglutições múltiplas;
- Diminuição em três valores percentuais da saturação de oxigénio após deglutição;
- Ausência do controlo cefálico.

(II) Modificação da textura das dietas:

Na sessão de educação para a saúde referente a esta temática, o EEER, além de transmitir o conhecimento ao utente e familiar cuidador, deve exemplificar as várias consistências e texturas das dietas (líquidos e sólidos), centrando-se na que o utente necessita naquele momento. Será ainda importante fornecer informação sobre a confeção dos alimentos, de forma a que a ingestão dos alimentos mantenha-se prazerosa para o utente.

Ilustração 1:

Consistência e textura das dietas



Fonte: *International Dysphagia Diet Standardisation Initiative* (2019)

Tabela 4:

Consistência e textura dos líquidos e sólidos

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

Fonte: Adaptado An et al., (2023)

(III) Prevenção de complicações (Braga, 2016):

- Alimentar com o utente acordado;
- Assegurar que as próteses dentárias estão adaptadas;
- Posicionar o utente durante a refeição:
 - No leito, em decúbito dorsal com a cabeceira elevada no mínimo a 60°;
 - Sentado, garantir que as costas fiquem direitas, cabeça ligeiramente fletida e pés bem apoiados no chão ou degrau;
 - Manter uma correção postural contínua atendendo ao correto alinhamento da cabeça e tronco (se necessário, recorrer a almofadas);
- Diminuir os estímulos durante a refeição;
- Direcionar a colher de baixo para cima para evitar a extensão do pescoço;
- Atender a que quem assiste na alimentação esteja ao nível dos olhos do doente para que este mantenha a cabeça em posição neutra;
- Direcionar o alimento para a parte média da língua ou lado não afetado se um dos lados da boca apresentar parésia;
- Assegurar um ritmo de ingestão pausado;
- Estar atento à ingestão compulsiva;

- Usar preferencialmente colheres de metal e idealmente colher de sobremesa, para administrar pouca quantidade de alimento de cada vez;
- Utilizar equipamento adaptativo adequado;
- Não usar palhas ou seringas de alimentação na alimentação via oral;
- Promover a alimentação do utente, pela sua própria mão sempre que possível e seja seguro;
- Observar a possível acumulação de resíduos na cavidade oral;
- Inspeccionar a cavidade oral depois da refeição;
- Executar a higiene oral após cada refeição;
- Atender à adaptação da medicação: soluções orais adequadas à consistência instituída e/ou comprimidos triturados.

3) Capacitação sobre as estratégias compensatórias:

- ✓ Ensinar, instruir e treinar o utente e familiar cuidador sobre as estratégias compensatórias da deglutição (ajustamentos posturais e manobras deglutórias). Uma vez mais, será tido em consideração o conhecimento e a capacidade de aprendizagem do utente e do familiar cuidador, assim como o grau de literacia em saúde dos intervenientes.

Tabela 5:

Estratégias compensatórias da deglutição

ESTRATÉGIAS COMPENSATÓRIAS DA DEGLUTIÇÃO		
Técnica	Execução*	Objetivo
Flexão da cabeça	Solicitar ao utente que “leve o queixo ao peito” quando deglute.	Aumentar a proteção da via aérea.
Inclinação da cabeça	Solicitar ao utente que incline ligeiramente a cabeça para o lado não afetado.	Direcionar o bolo alimentar para o lado contrário à parésia; Reduzir os resíduos pós-deglutórios; Diminuir o risco de aspiração.
Rotação da cabeça	Solicitar ao utente que rode a cabeça para o lado afetado.	Direcionar o bolo alimentar para o lado contrário à parésia; Reduzir os resíduos pós-deglutórios; Diminuir o risco de aspiração.

ESTRATÉGIAS COMPENSATÓRIAS DA DEGLUTIÇÃO		
Técnica	Execução*	Objetivo
Deglutição forçada	Solicitar ao utente que imprima força durante a deglutição.	Melhorar a propulsão do bolo alimentar; Melhorar a limpeza de resíduos alimentares na valécula.
Deglutição múltipla	Solicitar ao utente que faça deglutições múltiplas, com pequenas quantidades de alimento ou em seco.	Facilitar a propulsão do alimento; Melhorar a limpeza de resíduos da valécula e seios piriformes.
Tosse voluntária	Solicitar ao utente que tussa voluntariamente.	Eliminar presença de resíduos do bolo alimentar no vestíbulo laríngeo.
Mendelshon	Solicitar ao utente que eleve a laringe durante a deglutição, usando o dedo polegar e indicador.	Melhorar a duração e largura da abertura do esfíncter esofágico superior; Diminuição dos resíduos pós-deglutórios.
Deglutição supraglótica	Solicitar ao utente que inspire profundamente, sustenha a respiração, introduza o alimento, degluta e de seguida tussa.	Melhorar o encerramento laríngeo; Aumentar a proteção da via aérea.
Deglutição super-supraglótica	Solicitar ao utente que realize uma inspiração forçada, seguida de apneia enquanto realiza força (valsalva), deglutir e seguidamente tossir.	Melhorar o encerramento laríngeo; Aumentar a proteção da via aérea.

Fonte: Adaptado Branco & Portinha (2017)

* No caso do utente não ter capacidade para executar a técnica, deverá solicitar-se ao familiar cuidador que substitua o mesmo na realização dos movimentos.

4) Monitorização e reavaliação:

- ✓ Avaliar regularmente a evolução do utente quanto às alterações da deglutição, de forma a ajustar, sempre que necessário, o plano de reabilitação. O *timing* de avaliação do utente encontra-se relacionado com a própria situação clínica do utente, tendo repercussões nas possíveis alterações da deglutição

O EEER concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas, e para

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

CONCLUSÃO

O aumento da esperança média de vida, o envelhecimento da população e a perda de autonomia associada a processos de doença provocam o aumento da dependência nas atividades de vida diárias (Grilo & Simões, 2012). O regresso a casa da pessoa que sofreu um evento gerador de dependência, confronta a família com a situação de incapacidade e conseqüente necessidade de assegurar a continuidade de cuidados essenciais (Martins et al., 2016).

Neste sentido, os mesmos autores mencionam que a preparação do utente e do familiar para cuidar é uma área central para a Enfermagem de Reabilitação. De facto, no caso do utente apresentar uma limitação incapacitante, torna-se crucial a preparação do familiar para substituir, assistir ou apoiar o seu familiar dependente na gestão do autocuidado (Martins et al., 2016).

Assim, compreende-se que o papel do EEER nesta transição de saúde/ doença, e situacional, tendo em consideração, respetivamente, o utente e o familiar cuidador, é fundamental e deve ter início aquando da sua admissão em contexto hospitalar. Torna-se, portanto, essencial a identificação das necessidades de saúde e apoio social da pessoa dependente/ familiar cuidador, no sentido de se planearem e implementarem cuidados personalizados, com o objetivo de sistematizar e otimizar a continuidade desses mesmos cuidados no seu contexto familiar (Petronilho, 2007).

Neste trabalho de investigação, os resultados sugerem que é imprescindível que os EEER estejam capacitados, e executem intervenções atualizadas e fundamentadas, consonantes com uma prática baseada na evidência, sendo indispensável a implementação de cuidados padronizados, com recurso a avaliações sistemáticas.

Conclui-se também que, o recurso a protocolos de atuação nos serviços revela-se como uma estratégia potenciadora do pensamento crítico-reflexivo dos profissionais, contribuindo desta forma para melhorar a qualidade e a segurança dos cuidados prestados.

Com o desenvolvimento do estudo, e tendo em consideração a metodologia que foi adotada e os objetivos delineados, constatou-se existir uma parca evidência científica relacionada com a temática em análise, sendo esta uma das limitações da presente investigação. Assim sendo, torna-se necessário continuar a produzir conhecimento sobre

esta temática. Todavia, poder-se-á afirmar que os objetivos anteriormente propostos foram atingidos.

Apesar dos EEER desempenharem um papel preponderante na prática clínica, existem poucos estudos sistematizados e publicados por estes profissionais. Assim, no que diz respeito à proposta do “Protocolo de atuação do EEER: Capacitação do utente com AVC e do familiar cuidador sobre alterações da deglutição e estratégias compensatórias” sugere-se a sua implementação em contextos da prática clínica e avaliação dos resultados obtidos, tendo em vista a sua posterior publicação.

Por fim, espera-se que este trabalho de investigação tenha contribuído para aprofundar o conhecimento científico no âmbito da capacitação do utente com AVC e alterações da deglutição e do seu familiar cuidador no planeamento do regresso a casa, assim como potencie a realização de investigação por parte dos EEER. Pretende-se, com a implementação deste protocolo na prática clínica, uma uniformização nos cuidados prestados pelos EEER, assegurando a sua sistemática e fomentada continuidade, no sentido de se garantir que os cuidados prestados sejam adequados e significativos para as pessoas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- An, S., Lee, W., & Yoo, B. (2023). Comparison of national dysphagia diet and international dysphasia diet standardization initiative levels for thickened drinks prepared with a commercial xanthan gum-based thickener used for patients with dysphagia. *Preventive Nutrition and Food Science*, 28(1), 83. <https://doi.org/10.3746/PNF.2023.28.1.83>
- Braga, R. (2016). Avaliação da função deglutição. In *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 181–188). Lusodidacta.
- Branco, C., & Portinha, S. (2017). *Disfagia no adulto: da teoria à prática*. Papa Letras.
- Cohen, D. L., Roffe, C., Beavan, J., Blackett, B., Fairfield, C. A., Hamdy, S., Havard, D., McFarlane, M., McLaughlin, C., Randall, M., Robson, K., Scutt, P., Smith, C., Smithard, D., Sprigg, N., Warusevitane, A., Watkins, C., Woodhouse, L., & Bath, P. M. (2016). Post-stroke dysphagia: a review and design considerations for future trials. *International Journal of Stroke*, 11(4)(399–411), 399–411.
- European Stroke Organisation. (2018). *Plano de ação para o AVC na Europa 2018-2030*. <https://www.safestroke.eu/wp-content/uploads/2019/05/sap-portugal-s.pdf>
- Faria, A. da C. A. (2014). *A pessoa após AVC: transição da autonomia para a dependência* [Escola Superior de Enfermagem do Porto]. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9514/1/tese%20Ana%20Faria.pdf>
- Fonseca, L. (2021). O AVC é a principal causa de morte e incapacidade em Portugal. In *Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*. <https://www.spmi.pt/o-avc-e-a-principal-cao-de-morte-e-incapacidade-em-portugal/>
- Fortin, M.-F. (2009). *O processo de investigação: da conceção à realização* (Vol. 5). Lusociência.
- Green, T. L., McNair, N. D., Hinkle, J. L., Middleton, S., Miller, E. T., Perrin, S., Power, M., Southerland, A. M., & Summers, D. V. (2021). Care of the patient with acute ischemic stroke (posthyperacute and prehospital discharge) update to 2009

comprehensive nursing care scientific statement: a scientific statement from the american heart association. In *Stroke* (Vol. 52, Issue 5, pp. E179–E197). Wolters Kluwer Health. <https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000357>

Grilo, E., & Simões, S. (2012). Cuidados e cuidadores: o contributo dos cuidados de enfermagem de reabilitação na preparação da alta do doente pós acidente vascular cerebral. *Revista de Saúde Amato Lusitano*, 31, 18–23. <https://repositorio.ipcb.pt/handle/10400.11/1718>

Hines, S., Kynoch, K., & Munday, J. (2016). Nursing interventions for identifying and managing acute dysphagia are effective for improving patient outcomes: a systematic review update. *Journal of Neuroscience Nursing*, 48(4), 215–223. <https://doi.org/10.1097/JNN.0000000000000200>

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

INE. (2020, February 21). *Instituto Nacional de Estatística - causas de morte*. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_pesquisa&frm_acciao=PE_SQUISAR&frm_show_page_num=1&frm_modulo_pesquisa=PESQUISA_SIMPLE_S&frm_texto=%22causas+de+morte%22&frm_modulo_texto=MODO_TEXTO_ALL&frm_data_ini=&frm_data_fim=&frm_tema=QUALQUER_TEMA&frm_area=o_ine_area_Destaques&xlang=pt

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

Kind, A., Anderson, P., Hind, J., Robbins, J. A., & Smith, M. (2011). Omission of dysphagia therapies in hospital discharge communications. *Dysphagia*, 26(1), 49–61. <https://doi.org/10.1007/s00455-009-9266-4>

Kjellström, T., Norrving, B., & Shatchkute, A. (2007). Helsingborg declaration 2006 on European Stroke Strategies. *Cerebrovascular Diseases*, 23(2–3), 229–241. <https://doi.org/10.1159/000097646>

- Malagelada, J. R., Bazzoli, F., Boeckxstaens, G., De Looze, D., Fried, M., Kahrilas, P., Lindberg, G., Malfertheiner, P., Salis, G., Sharma, P., Sifrim, D., Vakil, N., & Le Mair, A. (2015). World gastroenterology organisation global guidelines: dysphagia--global guidelines and cascades update September 2014. *Journal of Clinical Gastroenterology*, 49(5), 370–378. <https://doi.org/10.1097/MCG.0000000000000307>
- Martins, T., Araújo, M. de F., Peixoto, M. J., & Machado, P. P. (2016). *A pessoa dependente e o familiar cuidador* (Escola Superior de Enfermagem do Porto, Ed.). Lusodidacta, Lda.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory- middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. Springer Publishing Company. https://taskurun.files.wordpress.com/2011/10/transitions_theory__middle_range_and_situation_specific_theories_in_nursing_research_and_practice.pdf
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E., Messias, D. K. H., & Schumacher, K. (2000). *Experiencing transitions: an emerging middle-range theory*. Springer Publisher.
- Menoita, E. (2014). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC: contributos para um envelhecer resiliente*. Lusociência.
- OMS. (2009, January). *STEPS: Enfoque passo a passo da OMS para vigilância de acidentes vasculares cerebrais*. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/manualpo.pdf>
- OMS. (2022). *Global stroke fact sheet*. <https://www.world-stroke.org/news-and-blog/news/wso-global-stroke-fact-sheet-2022>
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). Regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao_aprovadoAG20Nov2010.pdf

- Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem Versão 2*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/27837/ordem-enfermeiros-cipe.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n.º 392/2019 da Ordem dos Enfermeiros, Diário da República: II série, n.º 85 (3 Maio). <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/11871/1356513568.pdf>
- Pacheco-Castilho, A. C., Miranda, R. P. C., Norberto, A. M. Q., Favoretto, D. B., Rimoli, B. P., Alves, L. B. de M., Weber, K. T., Santos, T. E. G., Moriguti, J. C., Leite, J. P., Dantas, R. O., Martino, R., & Pontes-Neto, O. M. (2022). Dysphagia is a strong predictor of death and functional dependence at three months post-stroke. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 80(5), 462–468. <https://doi.org/10.1590/0004-282X-ANP-2021-0127>
- Paci, M., Nanneti, L., D'Ippolito, P., & Lombardi, B. (2011, March). Outcomes from ischemic stroke subtypes classified by the Oxfordshire Community Stroke Project: a systematic review. *Minerva Medica*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21448119/>
- Perry, L., Hamilton, S., Williams, J., & Jones, S. (2013). Nursing Interventions for Improving Nutritional Status and Outcomes of Stroke Patients: Descriptive Reviews of Processes and Outcomes. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 10(1), 17–40. <https://doi.org/10.1111/J.1741-6787.2012.00255.X>
- Petronilho. (2007). *Preparação do regresso a casa*. Formasau - Formação e Saúde, Lda.
- Petronilho. (2013). *A alta hospitalar do doente dependente no autocuidado: decisões, destinos, padrões de assistência e de utilização de recursos: Estudo exploratório sobre o impacte nas transições do doente e do familiar cuidador* [Doctoral dissertation, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. <https://repositorio.ul.pt/handle/10451/10572>
- Ribeiro, O. (2021). *Enfermagem de Reabilitação conceções e práticas*. Lidel.
- Sá, N., Oliveira, F., Almeida, F., Sacramento, C., & Oliveira, M. I. (2023). Programa de Enfermagem de Reabilitação na pessoa com deglutição comprometida em contexto

de AVC: estudo exploratório. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 6. <https://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/265>

Sánchez-Sánchez, E., Avellaneda-López, Y., García-Marín, E., Ramírez-Vargas, G., Díaz-Jimenez, J., & Ordonez, F. J. (2021). Knowledge and practice of health professionals in the management of dysphagia. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(4), 1–10.

<https://doi.org/10.3390/ijerph18042139>

Soares, A. (2014, May 24). Disfagia: avaliação e reabilitação. *Just News*. <https://justnews.pt/artigos/disfagia-avaliacao-e-reabilitacao>

Soares, C., Hoga, L., Peduzzi, M., Sangaleti, C., Yonekura, T., & Silva, D. (2014). *Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem*.

<https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000200020>

The Joanna Briggs Institute. (2011). *Joanna Briggs institute: reviewers manual* (2011th ed.). The Joanna Briggs Institute.

Trapl, M., Enderle, P., Nowotny, M., Teuschl, Y., Matz, K., Dachenhausen, A., & Brainin, M. (2007). Dysphagia bedside screening for acute-stroke patients: the gugging swallowing screen. *Stroke*, 38(11), 2948–2952.

<https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.107.483933/FORMAT/EPUB>

