

**Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização de Enfermagem de**  
**Reabilitação**

Relatório de Estágio

**Intervenção do Enfermeiro Especialista em**  
**Enfermagem de Reabilitação na Pessoa com Alteração**  
**da Deglutição**

**Cristina Isabel Raposo Domingues**

**Lisboa**

**2018**

A decorative graphic in the bottom right corner of the page, featuring a small green swirl above three thick, parallel, curved green lines that sweep upwards and to the right.

**Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização de Enfermagem de**  
**Reabilitação**

Relatório de Estágio

**Intervenção do Enfermeiro Especialista em**  
**Enfermagem de Reabilitação na Pessoa com Alteração**  
**da Deglutição**

**Cristina Isabel Raposo Domingues**


Orientador: Professora Doutora Vanda Marques Pinto

Co-Orientador: Professor Ricardo Braga

**Lisboa**

**2018**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



“O tempo que gastaste com a tua rosa é que a fez ser tão importante.”

(Saint-Exupéry, 1995, p. 80)

## **Agradecimentos**

Aos meus pais e irmão pela ajuda e pelas palavras de ânimo e encorajamento.

Ao meu namorado, que me ouviu, acarinhou e me deu força e coragem em todos os momentos conturbados.

À minha chefe de serviço e aos meus colegas de trabalho pelos momentos de carinho e por toda a compreensão.

À minha colega e amiga Susana por tudo.

Aos profissionais de enfermagem que direta e indiretamente partilharam um pouco do seu conhecimento e experiência.

Ao Professor Ricardo Braga, pela disponibilidade e acompanhamento.

A todos o meu Obrigado.

## **Siglas/Abreviaturas**

AVC - Acidente Vascular Cerebral

AVD - Atividades de vida diária

AC - Autocuidado

BNM - Bandas Neuromusculares

DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

ECCI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EE - Enfermeiro Especialista

EEER - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

EOT - Entubação Orotraqueal

EES - Esfíncter Esofágico Superior

GUSS - *Gugging Swallowing Screen*

LOE - Lesão Ocupante Espaço

MT - Massagem Terapêutica

OE - Ordem dos Enfermeiros

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RFR - Reeducação Funcional Respiratória

SNG - Sonda Nasogástrica

TCE - Traumatismo Crânio Encefálico

UPP - Úlceras Por Pressão

## RESUMO

O presente relatório surge como resposta complementar a um período de formação avançada que incidiu na aquisição de competências de Enfermeiro Especialista (EE) e específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER). É aqui englobada a descrição de atividades realizadas ao longo de um período de tempo em ensino clínico em contexto hospitalar e comunitário, que visou dar resposta a um conjunto de objetivos gerais e específicos formulados previamente, para proporcionar a aquisição de competências nas diferentes áreas da enfermagem de reabilitação, sendo aqui o foco principal as alterações da deglutição.

A alimentação é essencial ao ser humano e implica a deglutição segura e eficaz de alimentos de diferentes consistências desde a cavidade oral, até ao estômago sem que penetrem as vias aéreas. Uma alteração a este nível provoca complicações como, desidratação, mal nutrição e obstrução das vias aéreas superiores, podendo levar à morte. Torna-se assim importante uma ação dirigida neste tipo de alterações pelo EEER que alicerça a sua ação em conhecimentos científicos válidos e atuais na observação, avaliação, diagnóstico e reeducação da pessoa com compromisso da deglutição, prevenindo complicações. A sua ação irá traduzir-se de forma positiva na pessoa e nas instituições de saúde, com redução de tempos de internamento e de custos. Torna-se assim determinante a avaliação por parte do EEER antes de se alimentar a pessoa por via oral, garantindo o diagnóstico precoce de uma alteração. Não sendo por vezes a prática observada no quotidiano dos cuidados, é importante que pequenos passos sejam dados em direção contrária, para que a reeducação da deglutição tenha um papel cada vez mais frequente e visível nos cuidados prestados na equipa onde o EEER tenha poder na ação. Para tal, o desenvolvimento de competências é essencial para criar bases sólidas na gestão da ação na pessoa com alteração da deglutição, indo ao encontro do referido e da qualidade dos cuidados prestados. O modelo teórico de Dorothea Orem sustentou a problemática, na medida em que contempla o enfermeiro como responsável na assistência à pessoa que não esteja capaz de colmatar a sua dependência no Autocuidado (AC), neste caso da alimentação, capacitando-a na supressão e/ou reeducação dessa alteração.

**Palavras-chave:** Enfermeiro Especialista, Reabilitação, Deglutição, Disfagia

## **ABSTRACT**

This report is the result of a period of advanced training focusing on the skills of Specialist Nurse, and specifically of Nurse Specialist in Rehabilitation Nursing. It describes the activities performed over a length of time spent in clinical teaching in a hospital and community setting, concerned with a set of general and specific goals directed towards gaining competences in the various areas of rehabilitation nursing, being the main focus here the swallowing disorders.

Eating is an essential human activity, and it involves the swallowing of food of different consistencies in a safe and effective way, from the oral cavity to the stomach without disturbing the airways. A change on this level may lead to complications such as dehydration, malnutrition and obstruction of the upper airways, which could lead to death. It is then important that the Nurse Specialist in Rehabilitation Nursing, based on current and valid scientific knowledge, acts on the observation, evaluation, diagnosis, and re-education of the patient with compromised swallowing, preventing further complications. The nurse's action will have a positive impact on the patient and the health institutions, leading to a reduction in costs and hospitalization time. It is essential that the Nurse Specialist in Rehabilitation Nursing evaluates the patient before oral feeding, to guarantee the early diagnosis of changes. Even though this practice may not currently be observed in daily care, it is important that steps be taken to ensure that swallowing re-education is given a more visible and frequent role in the care undertaken by the team where the Nurse Specialist in Rehabilitation Nursing has acting power. The development of competences is then essential to create solid foundations in managing patients with swallowing disorders, meeting their needs and increasing the quality of the provided medical care. Dorothea Orem's theoretical model supports the analysis, in that it sees the nurse as responsible for providing assistance to the person who is unable to rectify their need on self-care, in this case of eating, capacitating them in the suppression and/or re-education of that change.

**Keywords:** Specialist Nurse, Rehabilitation, Swallowing, Dysphagia

# **INDÍCE**

<b>INTRODUÇÃO</b>	10
<b>1. MECANISMOS E ESTRUTURAS DA DEGLUTIÇÃO</b>	16
1.1. Alteração da Deglutição	19
<b>2. INTERVENÇÃO DO EEER</b>	21
<b>3. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS</b>	27
3.1. Desenvolvimento de competências na área da deglutição	30
3.2. Desenvolvimento de competências na área sensório-motora	43
3.3. Desenvolvimento de competências na área cardio-respiratória	56
<b>4. CONCLUSÃO</b>	63
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	70

## **ANEXOS**

Anexo I – Certificado do Curso Avançado em MT e BNM

## **APÊNDICES**

Apêndice I – Projeto de Estágio

Apêndice II – Avaliação dos Pares Cranianos envolvidos na Deglutição

Apêndice III – Jornal de Aprendizagem: Curso de MT e BNM

Apêndice IV – Plano de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação I

Apêndice V – Jornal de Aprendizagem: Avaliação da Deglutição

Apêndice VI – Apresentação em Contexto Hospitalar

Apêndice VII – Plano de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação II

Apêndice VIII – Guia de Exercícios Faciais

Apêndice IX – Panfleto de Exercícios Musculares

Apêndice X – Panfleto de Exercícios Respiratórios

Apêndice XI – Panfleto de Posicionamentos Preventivos de UPP

Apêndice XII – Plano de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação III

Apêndice XIII – Guia de Exercícios Musculares

Apêndice XIV – Jornal de Aprendizagem: RFR Contexto Hospitalar

Apêndice XV – Jornal de Aprendizagem: RFR Contexto ECCI

## INTRODUÇÃO

A elaboração do presente relatório surge no 3º semestre do Curso de Pós-Licenciatura e Mestrado na Área de Especialização de Enfermagem de Reabilitação, no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório que descreve e analisa a problemática da área de estudo aqui apresentada, identificando as competências desenvolvidas num determinado período de tempo. Tem como ponto central a descrição e análise de atividades desenvolvidas em ensino clínico, em meio hospitalar e em comunidade, de forma a dar resposta aos objetivos formulados no projeto anteriormente elaborado, para o desenvolvimento de competências comuns de EE e específicas de EEER, à luz do definido pela Ordem dos Enfermeiros (OE).

O EEER detém conhecimentos e experiências, que lhe permitem a tomada de decisão na promoção de saúde, prevenção de complicações, tratamento e reabilitação da pessoa. Para tal um diagnóstico precoce com medidas preventivas de enfermagem de reabilitação irá permitir a conservação de capacidades funcionais e a prevenção, evitando incapacidades, melhorando funções residuais, mantendo ou recuperando a independência da pessoa nas Atividades de Vida Diária (AVD). Este papel é importante e observa-se em ganhos em saúde, prevenindo e atenuando limitações, conservando capacidades presentes, maximizando a autonomia e independência funcional, permitindo a qualidade de vida da pessoa e família (Ordem dos Enfermeiros, 2010a).

Desta forma, há inúmeros caminhos que podem ser trilhados pelo EEER, desde a nível motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade. Nunca descorando nenhuma das outras vertentes da enfermagem de reabilitação, a orientação do meu projeto anteriormente desenvolvido para implementação em ensino clínico foi no âmbito da dependência do AC de alimentação e de todas as ações associadas à mesma por parte da enfermagem de reabilitação e tem como título *“Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Pessoa com Alteração da Deglutição”* (Apêndice I).

Ao implementar o referido projeto, foi-me possível desenvolver competências em quatro domínios comuns ao EE: Responsabilidade profissional, ética e legal,

Melhoria da qualidade, Desenvolvimento das aprendizagens profissionais e Gestão dos cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2010b). Assim como competências específicas de EEER: Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados, Capacita a pessoa com deficiências, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania e Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa (Ordem dos Enfermeiros, 2010a). Para que haja desenvolvimento de competências, é necessária a aquisição e progresso no conhecimento, recorrendo a processos de investigação e de prática baseada na evidência, que irá estruturar profissionais e consequentemente a profissão, nomeadamente a enfermagem de reabilitação (Ordem dos Enfermeiros, 2015a).

A alimentação é vital e indispensável à sobrevivência do ser humano e está associada a uma ação realizada de forma independente, mas que engloba fatores socioculturais de convívio social e familiar. Implica sentimentos de prazer, satisfação e pertença e quando há um desvio, observa-se na pessoa alterações físicas, fisiológicas e também psicológicas com sentimentos de vergonha, medo, desconforto e dependência, originando crises biopsicossociais, podendo levar ao isolamento social (Glenn-Molali, 2011; Medin, Windahl, Arbin, Tham, & Wredling, 2011). A ingestão de alimentos envolve a sua transformação em bolo alimentar e a sua deglutição, desde a cavidade oral até ao estômago sem que o mesmo penetre as vias aéreas. É um mecanismo complexo e quando normal é discreto ocorrendo cerca de mil vezes por dia. É de tal forma intrínseco, que se inicia ainda no útero por volta do segundo trimestre de gravidez (Glenn-Molali, 2011; Cardoso, et al., 2011).

Focalizar a minha problemática de estudo no défice de AC da alimentação, tendo em conta as alterações da deglutição tornou-se claro pois é algo recorrente no meu quotidiano profissional. Existe alguma precipitação em iniciar a alimentação por via oral sem avaliação prévia da deglutição, sem discussão da situação e em casos onde é notória uma alteração a este nível, causando desconfortos entre equipas multidisciplinares e também no seio da equipa de enfermagem. É uma alteração que se verifica cada vez mais na população internada no local onde exerço funções, quer pelo tipo de patologias como o Acidente Vascular Cerebral (AVC) em fase aguda, outras patologias do foro neurológico e em situação pós-operatória, quer pela

presença de utentes traqueostomizados, população idosa, com alterações da consciência, entre outras situações. Torna-se importante desta forma a atenção sobre este assunto pois as complicações associadas são importantes e necessitam de preocupação, destacando-se a desidratação, a má nutrição, a aspiração e a pneumonia (Braga, 2016; French, Powell-Viden, & Martino, 2016).

Os EEER são profissionais especializados com capacidade de avaliar e identificar estas alterações e acredito que, como futura EEER possa conseguir fazer a diferença nos cuidados prestados. Ter o conhecimento e a evidência científica que me possa apoiar na identificação e relato de possíveis alterações da deglutição, implicando uma confiança por parte da equipa relativamente ao modo de agir e cooperar, sendo uma mais-valia e o caminho a seguir. Entendo que para me tornar apta e para poder fazer a diferença tenho que ter as ferramentas necessárias para que, estar com a pessoa, observar e avaliar as suas limitações a este nível não seja desconfortável por não ter respostas, nem meios necessários para a tomada de decisão. Alimentar ou não por via oral, avaliando cada situação de forma singular, com recurso a meios técnicos e científicos que nos possam guiar na tomada de decisão de colocar ou não uma Sonda Nasogástrica (SNG), de quais os exercícios e manobras essenciais a determinada situação, irá garantir acima de tudo a segurança da pessoa e a qualidade dos nossos cuidados pela prevenção das complicações associadas, baseados em evidência científica pertinente.

O EEER é um elemento fundamental e diferenciado, com poder sobre a ação, supervisionando e avaliando a alimentação e a capacidade para ingestão oral através da melhor evidência científica. Assim sendo, os cuidados de enfermagem de reabilitação são cada vez mais um direito das pessoas, das suas famílias e implica um conjunto de conhecimentos e competências diferenciadas que têm como principal foco ajudar a pessoa com doença aguda/crónica, deficiência ou sequelas, garantindo a sua funcionalidade, autonomia e autoestima, reduzindo o risco de complicações associadas. A nossa atuação implica uma avaliação física, funcional e psicossocial, com recurso a instrumentos de medida e consulta de exames complementares de diagnóstico (Silva R. , 2007; Glenn-Molali, 2011; Soares, 2014; Januário, 2012; Pestana, 2016) e deve ser efetuada logo na admissão, sempre que possível ou necessária. Os instrumentos devem ser rápidos, intuitivos, seguros, aceites pela

pessoa e/ou família, sensíveis para fornecerem dados positivos/negativos e específicos para identificar pessoas com ou sem disfagia (French, Powell-Viden, & Martino, 2016).

É essencial a intervenção do EEER na reeducação da deglutição, em particular nas disfagias orofaríngeas e a mesma deve contemplar a avaliação rigorosa da deglutição, efetuada pelo EEER com competências específicas na área, sendo igualmente necessária a relação interdisciplinar com a restante equipa. A atuação na pessoa com alteração da deglutição implica a melhoria do tónus muscular, precisão e função das partes moles envolvidas, estimulação das vias aferentes para uma deglutição adequada prevenindo complicações, diminuindo o risco de pneumonia associado à aspiração de conteúdo alimentar, desnutrição e desidratação (Menoita, 2012; Braga, 2016). Vai influenciar futuramente na diminuição do tempo com alimentação por via entérica e do tempo de internamento, contribuindo também na capacidade da pessoa participar no processo de reabilitação, implicando a redução do seu nível de dependência, tendo assim um papel essencial no trabalho com a pessoa e família. É de referir que as intervenções do EEER podem influenciar instituições/organizações na duração do internamento hospitalar e custos associados ao elevado tempo de permanência e tratamento necessário a complicações adicionais ao problema inicial (Glenn-Molali, 2011; Donovan, et al., 2012).

A OE entende que os elementos principais para um exercício profissional de qualidade são o bem-estar e o AC daqueles de quem cuidamos (Ordem dos Enfermeiros, 2001), sendo estes pontos a desenvolver como indicadores de qualidade e produtividade em enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2004). Já no Regulamento de Competências Específicas do EEER é realçada a importância da planificação de cuidados de reabilitação gerindo o AC em processos de transição saúde/doença e/ou incapacidade (Ordem dos Enfermeiros, 2010a). O AC trata-se de uma área de particular interesse para a prática do EEER, pois a sua alteração é um dos pontos no seu processo de ação, de modo a capacitar a pessoa e/ou família na satisfação das necessidades humanas básicas. Dorothea Orem iniciou a contextualização do AC e descreve que o enfermeiro deverá fornecer a assistência necessária aos indivíduos que não sejam capazes de colmatar a dependência em determinado AC (Orem, 2001; Petronilho & Machado, 2016).

A alteração da deglutição implica uma dependência no AC de alimentação, tornando-se claro conduzir o presente documento sob a Teoria Geral de Enfermagem do Défice de Autocuidado, definida por Dorothea Orem que se expressa sob três constructos teóricos relacionados entre si: **(1) Teoria do Autocuidado**: Formada por três requisitos, que carecem de avaliação, os requisitos de AC universais, comuns no ciclo de vida e interligados (necessidades humanas básicas) como por exemplo o AC da alimentação, por necessidade em manter uma suficiente ingestão de água e alimentos (Orem, 2001), os requisitos de AC de desenvolvimento que promovem a manutenção da vida, prevenindo problemas, agindo na incapacidade para preparar alimentos e dirigi-los de forma autónoma até à cavidade oral, para depois degluti-los de forma segura (Tomey & Alligood, 2004; Petronilho, 2012) e os requisitos de desvio de saúde do AC, em situações de doença, lesão ou por intervenções médicas de diagnóstico ou tratamento, como a alteração do processo de deglutição decorrente de um AVC, Traumatismo Crânio Encefálico (TCE) ou traqueostomia (Tomey & Alligood, 2004). **(2) Teoria do Défice de Autocuidado**, onde são definidos os momentos em que os cuidados de enfermagem são necessários face à incapacidade da pessoa na administração de AC continuamente (Orem, 2001). **(3) Teoria dos Sistemas de Enfermagem**, onde as necessidades de AC são complementadas pelo enfermeiro, pela pessoa ou ambos. Encontra-se agrupada em 3 sistemas de ação, sistema totalmente compensatório, aqui a pessoa não se envolve na ação, situações de coma ou que observam e tomam decisões sobre o AC, mas estão incapazes de agir, não conseguem alimentar-se, deglutir de forma segura ou alimentar-se por SNG. Sistema parcialmente compensatório, em que a pessoa executa algumas ações de AC regulando a atividade aceitando o cuidado/assistência. O enfermeiro executa algumas medidas de AC, compensa limitações e assiste, como posicionar a pessoa para o período da refeição ou o uso de técnicas posturais durante a alimentação aquando uma alteração do processo de deglutição. Por fim, o sistema de apoio-educação, aqui a pessoa tem capacidade para o AC, necessita do enfermeiro para apoio, orientação e como promotor da pessoa como agente de AC, como o ensino sobre produtos de apoio e de técnicas compensatórias para a alimentação e deglutição (Petronilho, 2012; Tomey & Alligood, 2004).

O presente relatório implica o estudo da problemática alterações da deglutição e teve como questão inicial *Como é que o EEER pode intervir na pessoa com*

*alteração da deglutição para promover a sua autonomia e AC minimizando complicações?* Foram então delineados dois objetivos gerais, Desenvolver competências como EEER na avaliação e intervenção à pessoa com alterações da deglutição e Desenvolver competências como EEER intervindo na pessoa com alterações sensoriais, motoras e cardiorrespiratórias.

Seguiu-se a enumeração de cinco objetivos específicos, que foram a longo prazo reajustados, que permitiram o desenvolvimento de competências comuns de EE e específicas de EEER: (1) Aprofundar conhecimentos como EEER na área da pessoa com alteração da deglutição; (2) Identificar necessidades de intervenção como EEER na pessoa com alteração da deglutição; (3) Planear cuidados de enfermagem de reabilitação integrados num plano de cuidados global na reeducação da pessoa com alteração da deglutição; (4) Prestar cuidados de enfermagem de reabilitação considerando a singularidade e complexidade da pessoa com alteração da deglutição. (5) Prestar cuidados de enfermagem de reabilitação ajustados às necessidades de autocuidado da pessoa com alterações cardiorrespiratórias, sensoriais e motoras.

Os campos de estágio (nove semanas em cada local) possibilitaram o desenvolvimento de atividades que permitiram alcançar as competências de EEER, através do contato direto com diferentes situações. Decorreu num serviço de neurocirurgia (com valências de enfermaria, 15 camas, cuidados intermédios, 4 camas e cuidados intensivos, 4 camas), num hospital central e ao nível da comunidade numa Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), que possibilitou a visão sobre um campo de ação da enfermagem de reabilitação talvez pouco reconhecido e valorizado.

O presente trabalho divide-se pela introdução que em conjunto com o primeiro e segundo capítulo englobam o enquadramento conceptual da temática, onde é identificado o problema e a filosofia de cuidados que o sustenta. Posteriormente no terceiro capítulo é efetuada a descrição, análise e reflexão das atividades desenvolvidas em função dos objetivos propostos para o desenvolvimento de competências como EEER. No quarto e último capítulo, a conclusão onde é feita a avaliação global de todo o percurso, com descrição dos aspetos positivos, dificuldades sentidas, pontos a melhorar e resultados relevantes.

# 1. MECANISMOS E ESTRUTURAS DA DEGLUTIÇÃO

Deglutir implica a interligação coordenada no tempo de mecanismos sensoriais e motores. É um processo complexo que requer um sistema nervoso central íntato e uma sequência coordenada de contrações musculares com movimentos de alongamento e encurtamento da cavidade oral, faringe, laringe e esófago, sincronizadas, com interrupções dos ciclos respiratórios (Glenn-Molali, 2011; Garcia & Chambers, 2010; French, Powell-Viden, & Martino, 2016).

A deglutição é uma função de grande complexidade que ocorre pela ativação de diferentes áreas do sistema nervoso central. Implica ações voluntárias e reflexas que são conduzidas por mais de 26 pares de músculos da orofaringe, laringe e esófago e por 5 nervos cranianos e 2 nervos cervicais (Dundas & Chappell, 2011; Pfeiffer, 2016). Os 5 nervos cranianos que influenciam diretamente a deglutição são: **(1) V Trigêmio** (Sensitivo: Sensibilidade dos 2/3 anteriores da língua, palato mole, dentes, maxilar e gengiva, reconhecimento da forma e textura dos alimentos e posição da mandíbula; Motor: Músculos da mastigação, palato mole (tensor do véu palatino), músculo milo-hioídeo, músculo digástrico anterior); **(2) VII Facial** (Sensitivo: Paladar dos 2/3 anteriores da língua; Motor: Músculos faciais; Parassimpático: Glândulas salivares submandibulares e sublinguais); **(3) IX Glossofaríngeo** (Sensitivo: Sensibilidade e paladar do 1/3 posterior da língua e sensitiva da faringe; Motor: Músculo estilofaríngeo que eleva a laringofaringe e relaxa o cricofaríngeo, Parassimpático: Inervação da glândula salivar parótida e glândulas do 1/3 posterior da língua); **(4) X Vago** (Sensitivo: Faringe inferior, laringe na região superior e inferior das cordas vocais, epiglote, órgãos torácicos e abdominais; Motor: Inervação do músculo elevador do véu palatino, palato mole, úvula, faringe, músculos intrínsecos da laringe, relaxamento do cricofaríngeo); **(5) XII Grande hipoglosso** (Motor: Músculos intrínsecos e extrínsecos da língua e músculo tiro-hioídeo e gênio-hioídeo) (Glenn-Molali, 2011; Seeley, Stephens, & Tate, 2005; Marchesan, 2004).

A ação voluntária da deglutição é interligada no cérebro, onde diferentes áreas são ativadas para o controle e execução dos movimentos. Ao nível do giro pré-central inferior, onde se situa a representação cortical da língua e face (lobo frontal) ocorre o início voluntário da deglutição. A área motora suplementar (papel na preparação da

deglutição voluntária), o córtex motor primário e o córtex somato-sensorial primário, regulam a ação motora e executam o controlo sensorio motor da deglutição. Outras áreas como o giro cingulado anterior (monitoriza funções autonómicas e vegetativas), a ínsula (permite o paladar e outras sensações intraorais que modulam a deglutição), o cerebelo (a sua ativação reflete-se na coordenação, *timing* e sequência da deglutição), o córtex orbi-frontal, orbito-parietal e temporo-polar, tálamo, gânglios basais, cápsula interna e pedúnculos cerebrais também são áreas que demonstram ativação aquando a introdução do alimento e sua transformação para ser deglutido (González-Fernández & Daniels, 2008; Pfeiffer, 2016; Dundas & Chappell, 2011; Braga, 2016).

Por outro lado a ação reflexa da deglutição é coordenada ao nível do tronco cerebral, conhecido como o centro da deglutição, vai agir diretamente sobre a informação recebida pelas estruturas sensoriais ao nível da orofaringe e esófago. Este com supervisão cortical na região do giro pré central inferior vai modelar a deglutição. No tronco cerebral, o gerador de padrão central, ao nível do núcleo do trato solitário e formação reticular, desencadeia e monitoriza a deglutição e verifica o controlo dos neurónios motores que estão aqui envolvidos (é aqui programada a movimentação sequencial dos diferentes músculos), esta região está também implicada na modulação da resposta da deglutição e proteção das vias aéreas (González-Fernández & Daniels, 2008; Pfeiffer, 2016; Dundas & Chappell, 2011; Braga, 2016).

Consequentemente, a deglutição ocorre e é dividida em 4 fases:

**(1) Fase Oral Preparatória:** Fase sob controlo voluntário, que se caracteriza pela preparação dos alimentos para serem deglutidos. Envolve movimentos de grande coordenação, o encerramento labial com contração dos músculos orbiculares dos lábios e músculos das bochechas (bucinador), formando um sulco lateral, permitindo a permanência dos alimentos na região anterior da cavidade oral, movimentos rotativos a nível maxilar com rotação lateral da língua posicionando os alimentos sob os dentes para a mastigação e encerramento posterior por parte do palato mole e língua da cavidade oral, evitando a entrada do bolo alimentar na orofaringe. Há transmissão de informação sensorial do sabor, temperatura e textura para a secreção de saliva e formação do bolo alimentar. Este acumula-se na linha média da língua e há comunicação pelos nervos periféricos da sua posição de forma a prevenir

traumatismos da língua, segurando-o no final contra a região frontal do palato duro. A duração depende da quantidade e textura dos alimentos e dos hábitos alimentares da pessoa. Aqui a laringe e faringe estão relaxadas e a via aérea está aberta e é possível a respiração nasal. Os nervos cranianos envolvidos são o V, VII, XII (French, Powell-Viden, & Martino, 2016; Logemann, 2010; Dundas & Chappell, 2011).

**(2) Fase Oral:** Também uma fase voluntária, onde há o transporte do bolo alimentar da cavidade oral para a faringe. A língua eleva-se na direção ântero-posterior e há acumulação do bolo no sulco formado na linha média da língua, sendo pressionado contra o palato duro e comprimido a nível posterior até que alcance a orofaringe. Cerca de um segundo depois atravessa os arcos posteriores das fauces, terminando assim esta fase, controlada pelos pares cranianos V, VII, XII. Tem uma duração não mais do que 2 segundos e o movimento da língua é imprescindível (French, Powell-Viden, & Martino, 2016; Logemann, 2010; Dundas & Chappell, 2011).

**(3) Fase Faríngea:** Fase complexa e reflexa que protege a via aérea e não pode ser interrompida quando está a decorrer, durando em média menos de 2 segundos. É mediada pela região inferior do tronco cerebral (bulbo), na região da formação reticular, junto do centro respiratório (há coordenação entres dois centros pois há cessão da respiração por uma fração de segundos). A língua move-se a nível superior e posterior (retração da língua), de forma a encaminhar o bolo alimentar para a região superior da faringe. O palato mole eleva-se, encerrando a nasofaringe. A laringe e o osso hioideu elevam-se e movem-se a nível anterior e as cordas vocais fecham, prevenindo a entrada do bolo alimentar na traqueia, ocorrendo uma pausa na respiração. A via aérea também é protegida pelo movimento na direção inferior da epiglote que ajuda a encaminhar o bolo alimentar para o esófago. A elevação da laringe, o relaxamento do músculo cricofaríngeo e a contração dos músculos suprahioideu e tiro-hioideu vão ajudar na abertura do Esfíncter Esofágico Superior (EES) pela deslocação do osso hioide e laringe a nível anterior. Os pares cranianos envolvidos são o V, IX, X, XII (French, Powell-Viden, & Martino, 2016; Logemann, 2010; Dundas & Chappell, 2011; Matsuo & Palmer, 2008).

**(4) Fase esofágica:** Fase reflexa, onde o bolo alimentar desloca-se ao longo do esófago pelas das contrações peristálticas. Fase mais longa com cerca de oito a vinte segundos, desde o EES até ao esfíncter esofágico inferior, que relaxa aquando

a deglutição para permitir a entrada do bolo alimentar no estômago e contrai para impedir posteriormente o refluxo gastro esofágico, levando à conclusão do processo. O nervo craniano implicado nesta fase é o X, o nervo vago (French, Powell-Viden, & Martino, 2016; Logemann, 2010; Matsuo & Palmer, 2008).

### **1.1. Alteração da Deglutição**

Uma alteração da deglutição é conhecida como disfagia que compreende a dificuldade ou incapacidade em deglutir alimentos líquidos, sólidos ou saliva. Quando não detetada implica na pessoa complicações como, risco de aspiração, podendo causar obstrução das vias aéreas superiores, levando à morte cerca de 20-62% das pessoas que possam desenvolver pneumonia de aspiração, alterações na cavidade oral (infecções, depósitos de bactérias, deterioração dentária, diminuído controlo da saliva), dificuldades na ingestão oral (malnutrição, alterações eletrolíticas, desidratação), presença de SNG (podendo causar ulceração da faringe, pneumotórax, fistulas bronco pleurais, difícil controlo diatéctico e predisposição à institucionalização) e psicossociais (isolamento social, depressão e alteração da imagem corporal) (French, Powell-Viden, & Martino, 2016; Chin, Finocchiaro, & Rosebrough, 1998; Juan, et al., 2013; Beavan, 2015).

A disfagia pode ocorrer em qualquer idade e por inúmeros fatores de ordem neurológica (AVC, TCE, Parkinson, Alzheimer, Tumores da cabeça ou pescoço) ou mecânica (radioterapia e quimioterapia, Entubação Orotraqueal (EOT), ventilação mecânica e traqueostomia) (Chin, Finocchiaro, & Rosebrough, 1998; Groher & Crary, 2016; Santoro & al., 2011). Atinge cerca de 16-22% da população acima dos 50 anos e 14-40% da população idosa (Koidou, Kollias, Sdravou, & Grouios, 2013). Aproximadamente 42-67% das pessoas apresentam-na nos primeiros três dias após um AVC e cerca de 50% aspira conteúdo alimentar, podendo um terço vir a desenvolver pneumonia (Donovan, et al., 2012). Tendo em conta outras patologias, 20-50% das pessoas com TCE, 44-87% das pessoas submetidas a EOT prolongada, metade das pessoas com tumor cerebral ou pescoço um ano após o tratamento, podem vir a desenvolver sinais de disfagia (Groher & Crary, 2016; Koidou et al., 2013; Di Pede, Mantovani, Del Felice, & Masiero, 2016; Medeiros, 2012).

Caracteriza-se de duas formas: (1) Disfagia orofaríngea onde há uma diminuição da motilidade de origem neuromuscular (diminuição da força e tónus muscular, da sensibilidade dos músculos da face, língua e mandíbula), decorrente de AVC, TCE ou doenças neurológicas (Garcia & Chambers, 2010; Menoita, 2012; World Gastroenterology Organization, 2014); (2) Disfagia esofágica onde há dificuldade na passagem do bolo alimentar pelo esófago, com sensação de retenção de alimentos na garganta, causando odinofagia, pirose e refluxo de conteúdo esofágico. É comum em pessoas com distúrbio da motilidade ou anormalidade dos esfíncteres esofágicos, decorrente de patologias como acalasia, espasmo esofágico difuso, esofagite, estenose péptica e divertículo de *Zenker* (Garcia & Chambers, 2010; French, Powell-Viden, & Martino, 2016; World Gastroenterology Organization, 2014).

A aspiração é das complicações mais comuns ocorrendo em cerca de 50% das pessoas com o diagnóstico de AVC, sendo que 13% pode desenvolver pneumonia de aspiração e 35% das mortes que ocorrem após AVC são causadas pelo diagnóstico secundário de pneumonia (Hinchey, Shephard, Furie, Smith, & Wang, 2005). Na literatura são descritos quatro possíveis tipos de aspiração na pessoa: (1) Prévia à deglutição, o bolo alimentar entra na faringe antes da deglutição por atraso e controlo reduzido da língua; (2) Durante a deglutição, por parésia unilateral ou bilateral das cordas vocais (diminuição do movimento laríngeo por EOT prolongada); (3) Depois da deglutição, pela presença de resíduos na faringe que com a ação da gravidade alcançam a via aérea; (4) Aspiração silenciosa, pela entrada de conteúdo alimentar nas vias aéreas sem sinais clínicos, observando-se em cerca de 25-30% das pessoas com AVC (French, Powell-Viden, & Martino, 2016; Victoriano & Bevilacqua, 2009; Matsuo & Palmer, 2008).

Os principais sinais de alerta de disfagia ou de possível aspiração são: tosse, difícil gestão da saliva na cavidade oral, mudanças na qualidade da voz (voz nasalada, “molhada”), tentativa de “limpar” a garganta, engasgamento, alteração do padrão e som respiratório, lacrimejo, rubor facial, odinofagia, sensação de “nó” na garganta, movimentos excessivos da língua, mastigação descoordenada, resíduos alimentares na cavidade oral após deglutição, infeções respiratórias recorrentes, aumento das secreções, perda de peso inexplicável, alteração do padrão alimentar e apetite reduzido (Januário, 2012; Braga, 2016; Malhi, 2016).

## 2. INTERVENÇÃO DO EEER

O EEER assume um importante papel na ação que lhe irá permitir ir ao encontro do preconizado nos cuidados de enfermagem de reabilitação, e em particular neste caso na alteração da deglutição, poderá melhorar a qualidade dos cuidados prestados pois irá,

prevenir a doença e promover os processos de readaptação, (...) a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das actividades da vida, (...) a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos factores – frequentemente através de processos de aprendizagem do cliente (Ordem dos Enfermeiros, 2001, p. 11).

Desta forma assume uma posição de referência na avaliação, na preconização de objetivos, na intervenção e planeamento e avaliação do executado com pessoa e família (Glenn-Molali, 2011). A sua atuação é significativa na avaliação, identificação e reeducação da pessoa com alteração da deglutição e a sua ação mais ativa é nas disfagias orofaríngeas (Menoita, 2012). De salientar que a avaliação realizada apenas induz informação concreta relativa às primeiras fases da deglutição (fase oral preparatória e oral), sendo importante coadjuvar outros procedimentos como a avaliação endoscópica da deglutição ou a videofluoroscopia para uma avaliação completa de todas as fases (Braga, 2016).

A avaliação deveria ser efetuada antes de qualquer tentativa de alimentação oral tendo sempre em conta a dimensão física, funcional e psicossocial da pessoa, um exame objetivo, dados de exames complementares de diagnóstico e instrumentos de medida. Assim é importante ter em conta diferentes aspetos antes, durante e após a avaliação: história clínica e alimentar da pessoa; estado de consciência, orientação, atenção, memória, comportamento; linguagem e capacidade de compreensão de comandos; controlo da cabeça na posição de sentado; estado dos lábios e mucosa oral; número e estado da dentição, presença e fixação de próteses dentárias; padrão respiratório com avaliação da saturação periférica de oxigénio; eficácia do reflexo de tosse; tempo do início da deglutição após sua solicitação; observar movimento laríngeo na deglutição de saliva e se consegue deglutir a mesma; avaliação dos pares

cranianos envolvidos na deglutição (Apêndice II); auscultação cervical e saturação periférica de oxigénio antes, durante e após deglutição (avaliação complementar pela colocação do estetoscópio no pescoço acima da cricoide e avaliar assim os sons respiratórios e da deglutição na fase faríngea. Permite também avaliar a coordenação entre a respiração e deglutição. Aqui é importante a atenção no som respiratório na expiração, murmúrio respiratório na faringe após a deglutição, nomeadamente a sons como gorgolejo, som de líquido a vibrar, som “estenótico”, “assobio” ou som borbulhante. Pode ser coadjuvado com a oximetria de pulso, onde a diminuição em 3% durante e após a deglutição pode ser um indicador que a pessoa aspirou, não sendo métodos com evidência científica, específica e sensível para uma utilização individual de ambos os métodos (Braga, 2016; Glenn-Molali, 2011; Januário, 2012; Menoita, 2012).

Após a avaliação dos itens referidos reunimos informação suficiente para a decisão em complementar a avaliação com a ingestão de líquidos de diferentes consistências. Numa avaliação direta da deglutição é importante manter um ambiente calmo, com a pessoa na posição de sentada na cama ou cadeira de rodas, garantindo que compreenda o procedimento, sendo importante garantir material de aspiração funcionante e a não utilização de leite nem derivados numa avaliação inicial (Braga, 2016).

Braga (2016) refere a utilização de consistências progressivamente mais difíceis em deglutir na avaliação direta, sendo as mesmas, pudim, mel, néctar e fino (água), avaliando a deglutição em cada uma delas. Mas sugere também que pela sua experiência a avaliação pode ser iniciada pela ingestão de pequenas quantidades de água, pois tem-se em conta de antemão que a deglutição de um líquido fino é mais difícil. Alertando assim desde logo para uma possível alteração e também caso se observe aspiração do conteúdo fornecido é uma quantidade mínima e os resíduos que possam permanecer são mais inofensivos que de outras consistências. Em continuação, propõem que se forneça 10 mililitros de água por uma colher e observar se pessoa deglute estando alerta para possíveis sinais de disfagia/aspiração, podendo aqui complementar-se a ação com recurso à auscultação cervical e avaliação da saturação periférica de oxigénio. Caso não se observem sinais de alerta repete-se fornecendo mais duas vezes 10 mililitros de água (num total de 3 vezes, 30 mililitros).

Se mantivermos sem observar alguma alteração, solicitamos que a pessoa beba um copo com cerca de 30-50 mililitros de água, procedendo á avaliação da sua ingestão tendo em conta possíveis sinais de disfagia/aspiração e se há uma boa adaptação dos lábios ao copo. Sem alterações observadas convidamos a ingerir o resto do copo de água, tendo atenção se o copo fica mais vazio o que implica a extensão da cabeça que pode implicar uma gestão do liquido mais difícil pela pessoa pela sua progressão mais rápida para a orofaringe. É importante não descurar a possibilidade de aspiração silenciosa, estando alerta para os seus sinais. Devendo-se repetir a avaliação para diferentes consistências de líquidos pela mesma sequência e caso não se observem alterações prossegue-se para sólidos de diferentes consistências, observando sempre no final a cavidade oral e a presença de resíduos e em que locais. Numa fase mais avançada há que ter em atenção a capacidade em gerir dois tipos de consistências na deglutição ao mesmo tempo, podendo existir um elevado risco de aspiração mesmo quando a pessoa é capaz de deglutir as duas consistências em separado. A avaliação da deglutição deve ser efetuada o mais precoce possível na pessoa internada e posteriormente repetida com algum espaço temporal, não sendo os resultados iniciais conclusivos para uma alteração permanente (Braga, 2016).

Após uma avaliação e diagnóstico rigoroso é importante a planificação dos cuidados de enfermagem de reabilitação na reeducação da deglutição. Esta implica ações que englobam a colocação de uma SNG sempre que pertinente, técnicas posturais, técnicas de deglutição compensatórias, estimulação sensorial (modificações do tamanho e consistência do bolo alimentar, sabor, temperatura), exercícios de amplitude de movimentos e fortalecimento muscular, modificações da dieta, higiene oral, Reeducação Funcional Respiratória (RFR) e o ensino da pessoa e/ou família (Braga, 2016; Pauloski, 2008; Glenn-Molali, 2011).

As técnicas posturais implicam uma mudança postural da cabeça, pescoço e tronco e são adequadas consoante a avaliação efetuada da pessoa. Destacam-se a flexão cervical (quando há atraso na resposta motora a nível faríngeo, reduzida retração da base da língua e/ou reduzida elevação laríngea); extensão cervical (quando há dificuldade na propulsão do bolo alimentar pela cavidade oral); rotação cervical para o lado afetado (faz com que o bolo alimentar flua o mais perto possível da zona menos lesada, aumentando a adução das cordas vocais, podendo ser

combinada com a flexão cervical); inclinação lateral da cabeça para o lado são (permite a passagem segura do bolo alimentar pela cavidade oral e faringe pelo lado menos afetado) (Lazarus, 2017; Pauloski, 2008).

Como manobras compensatórias da deglutição, destacam-se: deglutição supraglótica (fecha as cordas vocais antes e durante a deglutição); deglutição super-supraglótica (há o encerramento das vias aéreas pela inclinação da cartilagem aritenoide que vai contactar com a epiglote antes e durante a deglutição, encerrando firmemente as cordas vocais falsas); deglutição forçada (aumenta a retração da base da língua e a pressão faríngea durante a deglutição); manobra de *Mendelson* (é prolongada a elevação laríngea e a abertura do músculo cricofaríngeo, devendo ser efetuada inicialmente sem alimentos); manobra de *Masako* (aumenta o movimento da parede posterior da faringe, sendo sugerido que seja apenas realizada como exercício, sem introdução de alimentos, por risco de aspiração associado (Glenn-Molali, 2011; Pauloski, 2008).

Ao nível da estimulação sensorial destacam-se: estimulação térmica e tátil da cavidade oral; sabores ácidos (ajudam na redução do tempo oral e faríngeo e no aumento de deglutições “secas” na disfagia neurológica, pela excitabilidade a nível cortical e do tronco cerebral, pela estimulação do V par craniano); bebidas gaseificadas (diminuem resíduos na cavidade oral após a deglutição, podem aumentar as deglutições coordenadas e a excitabilidade corticobulbar e estimulam recetores da cavidade oral para uma ativação eficaz da deglutição); mudanças de volume e consistência (um volume maior e mais consistente pode ser eficaz pela estimulação sensorial local alertando para a presença do bolo alimentar na cavidade oral, mas por outro lado, quando há necessidade de diversas deglutições seguidas para “limpar” a cavidade oral, pode ser benéfico um volume inferior) (Braga, 2016; Lazarus, 2017; Pauloski, 2008).

Como forma de melhorar a amplitude de movimentos, a força e resistência muscular, podem ser realizados exercícios dirigidos aos lábios, língua (exercícios de amplitude de movimentos e de controlo do bolo alimentar), mandíbula, bochechas e laringe (uso de voz falsete, manobra de *Mendelson* e exercício de *Shaker*) (Braga, 2016; Pauloski, 2008).

Alterações na dieta em consistência deveriam ser a última opção quando uma alteração da deglutição pois pode implicar na pessoa um impacto a nível nutricional e emocional. O uso de espessante pode acontecer, mas o seu uso deve ser doseado e não encarado como solução para o problema, este permite o atraso no transporte do bolo alimentar, atenuando défices. Quando se observam alterações na fase oral (reduzida mobilidade, coordenação e força da língua) existirá uma dificuldade acrescida com alimentos espessos, por outro lado, no caso de um atraso da fase faríngea ou reduzida proteção das vias aéreas, pode ser benéfico o aumento da consistência/viscosidade. Por fim, quando há uma reduzida retração da base da língua e reduzida elevação laríngea observa-se maior dificuldade com consistências mais viscosas/espessas (Pauloski, 2008; Braga, 2016).

A higiene oral assume também um papel importante nos cuidados, no conforto, no paladar da pessoa e na produção de saliva, ao mesmo tempo que reduz o risco de pneumonia por colonização/penetração das vias aéreas. No final de cada refeição é importante verificar a presença de resíduos na cavidade oral e efetuar a sua limpeza, assim como das próteses dentárias. O material de eleição é uma escova de dentes suave com pasta dentes, mas na maioria das vezes o que se observa na realidade hospitalar é o uso de espátulas com uma compressa na extremidade, que se torna ineficaz na limpeza dos dentes mas eficaz na limpeza da mucosa oral (Braga, 2016; French, Powell-Viden, & Martino, 2016) A RFR assume aqui também um papel importante de forma preventiva, sendo possível com o treino da musculatura respiratória, melhorar a elevação do osso hioide, reduzir o risco de aspiração e melhorar a eficácia da tosse (Braga, 2016).

Todos os meios de intervenção na pessoa com alteração da deglutição por parte do EEER têm em vista uma preparação para uma ingestão oral segura, não significando que haja a necessidade de fornecimento de alimentos por via oral para existir esse treino e estímulo. É um processo moroso e complexo que pode levar ao cansaço da pessoa pela necessidade de esforço e concentração, logo é importante a manutenção da SNG para vincular a alimentação e hidratação eficaz, inserindo pequenas quantidades de alimentos ao longo do plano de reeducação da deglutição consoante a avaliação feita da pessoa e do seu progresso. De ressaltar a importância

da partilha e cooperação entre profissionais de saúde especializados na área, tendo sempre como objetivo comum a pessoa a quem prestamos cuidados (Braga, 2016).

O EEER assume igualmente um papel preponderante no envolvimento da pessoa e família em todo o processo de reeducação e educação. Através de estratégias de ensino explica à pessoa e família no que consiste uma alteração da deglutição e quais os sinais de alerta desta alteração. Sendo importante de referir em que consiste cada exercício e manobra efetuada com intuito de ser passível de realizar de forma autónoma e quando segura em outro período do dia, assim como sobre alterações da consistência na dieta, risco de alimentos considerados de risco para uma deglutição segura e como intervir numa situação de engasgamento (Glenn-Molali, 2011).

### **3. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS**

Na Enfermagem o Cuidar tem o lugar primordial na nossa ação diária e é peça fundamental da nossa profissão. Ao longo dos tempos sofreu uma evolução significativa que se expressou continuamente na melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Esta melhoria deve-se em muito ao desenvolvimento da Enfermagem como disciplina e profissão, que por si só não seria possível sem o papel cada vez mais ativo do Enfermeiro nos cuidados e na tomada de decisão, inerente em muito ao acréscimo de competências nele observadas, quer de forma individual como coletiva (Hesbeen, 2000).

Inerente a qualquer desenvolvimento é a necessidade deste ser acompanhado e assimilado pelo local físico onde a nossa ação decorre diariamente. Como tal, as organizações de saúde requerem cada vez mais profissionais com capacidade de resposta baseada em conhecimento científico atual, fundamentando a sua ação na melhor evidência possível (Meleis, 2010; Silva, 2007). Assim, a capacidade analítica do conhecimento interpretando e aplicando teorias de enfermagem com novas pesquisas, envolvendo a enfermagem disciplina com a enfermagem praticada no terreno é cada vez mais valorizada e o enfermeiro ao adquirir competências numa determinada área, com autonomia, raciocínio crítico e eficácia nos cuidados que presta torna-se numa mais-valia para a pessoa e para a instituição (Canadian Nurses Association, 2008; Tanner, 2006).

Ser competente é ter capacidade de realizar algo de forma eficiente, envolvendo essa ação com saberes científicos e profissionais. Não basta deter o conhecimento, é necessário saber utilizá-lo de forma eficaz e no momento adequado, adaptando determinada competência ao contexto/situação (Le Boterf, 1999). Desta forma, o desenvolvimento de competências por parte do enfermeiro é um trabalho individual para a aquisição de experiências e conhecimento, como resposta às necessidades da pessoa e família de quem cuidamos diariamente.

Como preconizado pela OE o EE é aquele “com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem (...) demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão (...)” (Ordem dos Enfermeiros, 2010b, p. 2) e

que demonstra um conjunto de competências clínicas especializadas que resultam do aprofundamento das competências do enfermeiro de cuidados gerais. Assim, o EEER apresenta competências comuns (compartilhadas por todos os EE, sem distinção da sua área de especialização, que são visíveis pela sua capacidade de gestão e supervisão de cuidados) e competências específicas (resposta por parte do enfermeiro aos processos de vida e problemas de saúde consoante a área de intervenção, visíveis pela a grande capacidade em adequar os cuidados às necessidades da pessoa) (Ordem dos Enfermeiros, 2010b).

O EEER vai assim pelo desenvolvimento de competências acrescidas deter um papel importante nos cuidados pois a sua ação irá traduzir-se em ganhos em saúde, prevenindo e atenuando limitações, conservando capacidades presentes, maximizando a autonomia e independência funcional pela manutenção da qualidade de vida da pessoa e família (Ordem dos Enfermeiros, 2010a).

Para alcançar as competências necessárias a um EEER caminhando na perspetiva da melhoria da qualidade dos cuidados é necessário conhecimento científico e experiência profissional. Estes são adquiridos através da leitura e raciocínio crítico sobre literatura científica atual, alicerçada à possibilidade de integrar estágios ao longo da formação avançada. Esta vertente possibilita a proximidade da realidade com a inclusão da teoria, permitindo a solidificação e aquisição de conhecimentos, ajudando na construção e desenvolvimento da nossa identidade profissional (Queirós, 2003).

Ao longo deste período de formação avançada, que teve início em contexto escola, com contributo das unidades curriculares frequentadas como forma de enriquecimento e fundamento inicial para a ação futura como EEER e posteriormente em ensino clínico em dois contextos diferentes de cuidados, ganhando o seu destaque aqui em relatório. A delineação de objetivos possibilitou a organização desta etapa de formação num conjunto de atividades que foram sendo desenvolvidas ao longo de 18 semanas para alcançar as competências necessárias a um EE, neste caso específico a um EEER, já descritos anteriormente. A descrição das atividades desenvolvidas será em seguida efetuada, sendo que as mesmas se encontram divididas em três subcapítulos. Primeiramente referente ao desenvolvimento de competências na área da alimentação e deglutição, dando resposta ao objetivo geral, Desenvolver

competências como EEER na avaliação e intervenção à pessoa com alterações da deglutição e conseqüentemente aos objetivos específicos: Aprofundar conhecimentos como EEER na área da pessoa com alteração da deglutição; Identificar necessidades de intervenção como EEER na pessoa com alteração da deglutição; Planejar cuidados de enfermagem de reabilitação integrados num plano de cuidados global na reeducação da pessoa com alteração da deglutição; Prestar cuidados de enfermagem de reabilitação considerando a singularidade e complexidade da pessoa com alteração da deglutição. Posteriormente nos subcapítulos referentes ao desenvolvimento de competências na área sensório-motora e cardio-respiratória, indo ao encontro do objetivo geral, Desenvolver competências como EEER intervindo na pessoa com alterações sensoriais, motoras e cardiorrespiratórias e do objetivo específico, Prestar cuidados de enfermagem de reabilitação ajustados às necessidades de autocuidado da pessoa com alterações cardiorrespiratórias, sensoriais e motoras.

Independentemente da área descrita foi sempre pertinente e necessária uma pesquisa e leitura de artigos científicos em bases de dados, integrando a prática/experiência e o conhecimento científico, na medida em que “ a teoria é um excelente instrumento para explicar e predizer. Dá forma às perguntas e permite o exame sistemático de uma sequência de acontecimentos.” (Benner, 2001, p. 32). Desta forma o saber teórico assume um papel importante ajudando a visualizar parte da situação para que depois seja possível ver a situação como um todo, agindo assim em conformidade. Como tal, apesar de todas as áreas da enfermagem da reabilitação estarem interligadas entre si, sendo o mesmo visível posteriormente ao longo da descrição das atividades, a sua separação inicialmente foi essencial para compreender cada uma das partes para que assim fosse depois possível entender a sua interligação e executá-la na prática quando aplicável.

Destaco desde já que a parceria com os enfermeiros orientadores e o contato com as diferentes situações e pessoas descritas mais adiante, em ambos os locais de estágio, como decisivas para a concretização das diferentes atividades delineadas, possibilitando o desenvolvimento, implementação e avaliação de programas de enfermagem de reabilitação, que englobaram a reeducação funcional cardio-respiratória, motora, sensorial, cognitiva, da função alimentação e eliminação, o treino

de AVD e o treino motor e cardio-respiratório, que por sua vez, viabilizaram a aquisição de competências. Para tal em ambos os contextos no início de cada contato foi sempre necessária uma colheita de dados na qual vigorasse aspetos importantes e determinantes para todo o processo de reabilitação da pessoa e família.

### **3.1. Desenvolvimento de competências na área da deglutição**

A decisão de alimentar ou não a pessoa por via oral e como a minha avaliação poderia afetar determinada pessoa em termos de complicações associadas tendo em conta uma posição adotada, foi desde o início de todo este percurso o que me fez questionar e querer compreender a temática das alterações da deglutição. Todo este período de formação avançada foi importante para entender que a minha ação na avaliação e intervenção na pessoa com alteração da deglutição deve em primeiro lugar ser alicerçada em literatura e conhecimento científico válido e atual e que acima de tudo se traduza numa ação positiva para a pessoa, providenciando benefícios reais e não colocando em risco a sua condição como ser humano, decorrente da avaliação efetuada (Neves & Osswald, 2007; Neves, 2013). Tendo em conta a especificidade da temática central do relatório, foi e continuará a ser necessária uma pesquisa e leitura de literatura técnica e de investigação para que a avaliação efetuada e os planos de enfermagem de reabilitação realizados preconizem o desenvolvimento de intervenções na pessoa com rigor científico/técnico, baseadas nas melhores práticas conhecidas. A pesquisa efetuada englobou artigos de referência científica a partir de plataformas eletrónicas como a *ESBCOhost* e bases de dados como a *Medline* e *Cinhal* e leitura de bibliografia diversa e específica na área do projeto de forma a alicerçar a prática em ensino clínico em evidência científica válida e atual.

Glenn-Molali (2011) refere que além de uma avaliação direta da pessoa com alteração da deglutição é também importante identificar o significado emocional, espiritual e cultural atribuído à alimentação e compreender que os padrões culturais de cada pessoa podem afetar todo o processo nutricional e de reabilitação. Assim é de extrema importância que o EEER tenha a capacidade de entender como esses significados podem afetar a planificação, execução e concretização das ações de enfermagem de reabilitação, desenvolvendo estratégias para incorporá-las em todo o

processo de forma adequada à pessoa e sua situação. Desta forma, “ (...) a saúde ou doença, formas de cuidar e de cuidados e as identidades dos praticantes são definidas, compreendidas e comunicadas, sendo os comportamentos efetuados dentro dos limites culturais.” (Hoeman & Capello, 2011, p. 74). Assim sendo, uma pessoa com alterações da deglutição requer de igual forma a satisfação das suas necessidades biopsicossociais, pois a alimentação para além de vital, representa diferentes fatores socioculturais. É necessário entender o significado atribuído à alimentação pela pessoa, quais os alimentos essenciais e aqueles que são menos fundamentais. Se para aquela pessoa que estou a acompanhar é essencial voltar a comer uma simples sandes de carne (residia na região de Vendas Novas e apreciava bastante a iguaria da zona), a ação terá que se basear na avaliação da capacidade da pessoa para alcançar esse objetivo e trabalhar em conjunto com a pessoa, família e restantes profissionais para o seu alcance.

Em termos de avaliação da pessoa de forma específica e direta foram analisados diferentes estudos destacando-se como principais aspetos a ter em conta ao observar e avaliar a pessoa: (1) Nível de consciência; (2) Controlo postural da cabeça na posição de sentado; (3) Tosse voluntária; (4) Qualidade da voz; (5) Capacidade de engolir a própria saliva; (6) Aptidão para levar a comida à boca; (7) Capacidade de abrir e fechar a boca; (8) Higiene oral; (9) Simetria das estruturas internas; (10) Avaliação dos pares cranianos. Por outro lado as principais alterações descritas que se podem observar na avaliação foram: (1) Assimetria facial; (2) Disartria; (3) Assimetria e força reduzida da língua; (4) Assimetria e força reduzida ao encolher os ombros; (5) Engasgamento e tosse durante a deglutição; (6) Perda de saliva ou saída de conteúdo alimentar pela boca (Di Pede et al., 2016; Mandysova, Skvrnáková, Ehler, & Cerný, 2011; Chichero, Heaton, & Basset, 2009; Westergren, 2006; Takahata, Baba, Nagata, & Yonekura, 2011). Por outro lado no que diz respeito a escalas de apoio a utilizar por parte do EEER na avaliação da pessoa com alteração da deglutição destacam-se: *Toronto bedside swallowing screening test* (TOR-BSST) (96% sensibilidade), *Gugging Swallowing Screen* (GUSS) (100% sensibilidade), *Eating Assessment Tool (EAT-10)* (71% sensibilidade) e *Massey bedside swallowing screen* (94% de sensibilidade) (Di Pede et al., 2016).

Em ensino clínico e mais propriamente em contexto hospitalar, a deglutição foi avaliada tendo em conta a norma de procedimento vigente no serviço descrita com o título “*Dieta e técnica de alimentação em função do grau de disfagia*”. Consistiu em fornecer 10 mililitros de água três vezes utilizando uma seringa, caso a pessoa apresente reflexo de deglutição oferecer cerca de 50 mililitros de água num copo pequeno e posteriormente classifica-se a deglutição como normal, disfagia leve, disfagia grave consoante o observado (Gotejar de água pela boca, movimento laríngeo, tosse na deglutição e estridor na deglutição), sendo aqui associada a avaliação da saturação periférica de oxigénio e a auscultação cervical.

A avaliação foi igualmente fundamentada, para orientação de pensamento pela escala GUSS, sendo a mesma referida no documento efetuado pela OE - Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, com o título “*Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação*”. De forma sumária, este instrumento, divide a avaliação da pessoa em duas fases: a avaliação indireta da deglutição (considerando um período de vigília mantido por 15 minutos da pessoa, capacidade de tossir e “limpar” a garganta e capacidade em deglutir a saliva de forma eficaz, se baba ou se há alteração da qualidade da voz) e avaliação direta recorrendo a três texturas alimentares diferentes de forma gradual desde o semissólido/pastoso, líquidos e por fim sólidos (atendendo se há deglutição ou não presente e se esta está atrasada por mais de dois segundos, se há tosse involuntária, se a pessoa baba e se há alteração da qualidade da voz). Consoante o resultado há classificação da disfagia como ausente, ligeira, moderada ou severa e o risco de aspiração associado (Trapl, et al., 2007).

Pela importância do registo das intervenções efetuadas em formato informático, evidenciando a nossa ação, a avaliação teve sempre em conta o referenciado na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, no programa informático *Sclinic* usado no contexto hospitalar de ensino clínico, onde os EEER do serviço efetuavam os registos dos cuidados de enfermagem de reabilitação. Aqui é avaliada a capacidade para deglutir seguindo os seguintes critérios: deglutição alterada para alimentos líquidos (sim/não), deglutição alterada para alimentos de consistência pastosa (sim/não), deglutição alterada para alimentos sólidos (sim/não), alterações na

qualidade da voz (sim/não), movimentação da língua e os lábios (sim/não), reflexo de vômito (presente/ausente), reflexo de deglutição (presente/ausente/diminuído), sensação dos alimentos na boca/sensibilidade da mucosa oral (sim/não), simetria facial (sim/não), alteração do estado de consciência (sim/não), alteração na auscultação cervical (sim/não), dessaturação durante o teste de deglutição (sim/não) e tosse após deglutição (sim/não) (Ordem dos enfermeiros, 2015c). Consequentemente a deglutição pode estar ou não comprometida (grau reduzido, moderado ou elevado) e podem enunciar-se intervenções como: avaliar capacidade de deglutição, monitorizar deglutição, executar técnica de deglutição, gerir dieta, planejar dieta, posicionar pessoa, supervisionar a deglutição, ensinar sobre exercícios de deglutição, ensinar técnicas de deglutição e avaliar conhecimento sobre exercícios e técnicas de deglutição (Ordem dos enfermeiros, 2015c).

Por outro lado, após pesquisa e análise de diferentes artigos, destacaram-se como intervenções específicas na pessoa com alteração da deglutição: (1) Ajustamentos posturais (posição de sentado, flexão cervical durante a deglutição, rodar a cabeça para o lado afetado); (2) Alimentar-se devagar; (3) Alimentação com concentração, reduzindo distrações; (4) Evitar diferentes texturas ao mesmo tempo; (5) Colocar a comida do lado não afetado; (6) Modificar a consistência dos alimentos e líquidos; (7) Deglutição forçada; (8) Deglutição supraglótica e super-supraglótica, (9) Manobras de *Masako*, *Mendelson* e *Shaker*. Como terapias indiretas, manobras físicas (exercícios da língua, lábios, bochechas e laringe) e estimulação térmica (Zhen, Wang, Tao, Wang, & Chen, 2012; Di Pede et al., 2016).

Em contexto hospitalar, pela tipologia do serviço escolhido, era expectável que fosse o local central de oportunidades de contato, com situações de deglutição alterada, quer de ordem neurológica, como mecânica. O acompanhamento da pessoa foi efetuado em enfermaria desde a avaliação indireta e direta da deglutição, passando pela reeducação dos músculos faciais, correção postural, treino e ensino de exercícios de fortalecimento muscular dos lábios, língua, mandíbula, laringe e bochechas. Foi possível acompanhar a introdução de dieta inicialmente com consistências pastosas e ajustados os líquidos em consistência (néctar, mel e pudim) com recurso a espessante (tendo em conta o método de cada fabricante) sempre que necessário, tendo em conta a fase alterada. O aumento da consistência dos líquidos é das

estratégias mais utilizadas na gestão da disfagia, pois é entendido que pelo aumento da viscosidade a velocidade do bolo alimentar diminui, mas é de ressaltar a escassez de evidência científica que clarifique o seu uso tendo em conta o grau e tipo de disfagia. Assim sendo, o seu uso foi apenas considerado quando realmente necessário, utilizando o menor nível de consistência possível. Por outro lado, ao modificar a dieta foi importante não esquecer que dietas mais pastosas podem fornecer menor aporte de calorias, sendo necessária a gestão desta situação recorrendo a extras alimentares (gelatinas, mousses, iogurtes cremosos) e outros alimentos que resultem para uma refeição mais calórica (McFarlane, Miles, Atwal, & Parmar, 2014). A SNG foi mantida pelo período necessário, mantendo ao longo dos dias intervenções de enfermagem de reabilitação no âmbito da reeducação da deglutição e introdução progressiva dos alimentos consoante a avaliação efetuada, coadjuvando técnicas posturais como a flexão cervical, quando se observava um atraso temporal da deglutição, até ser possível retirar a SNG, vinculando assim posteriormente uma alimentação via oral, contínua, eficaz e segura.

Por outro lado, neste mesmo contexto existiu a oportunidade de contato com um dos projetos aplicados no serviço, sendo também uma das áreas de interesse do EEER orientador, que consistia na aplicação de Bandas Neuromusculares (BNM) e realização de técnicas de Massagem Terapêutica (MT) em diferentes grupos musculares. Neste âmbito, houve a oportunidade em frequentar o curso de formação avançada em MT e BNM, promovido pela Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa que decorreu no período de 18 a 26 de Novembro de 2016 com uma carga horária total de 30 horas. Aqui foram abordados os princípios gerais práticos e teóricos, efeitos e técnicas da MT, assim como o processo de aplicação das BNM em diferentes contextos clínicos. Encontra-se em Anexo I, o comprovativo da frequência do curso e em Apêndice III o jornal de aprendizagem referente.

Na linha de pensamento do exposto anteriormente, entendo que uma técnica desde que benéfica e com evidência científica da sua aplicação, possa ser uma mais-valia para a pessoa na manutenção da sua situação de doença atual, na sua recuperação e reeducação. Como tal, Orem ao salientar que o AC é um processo de manutenção da saúde e de gestão da doença através de práticas consideradas benéficas e que desempenham uma função fundamental na saúde dos indivíduos

(Petronilho, 2012), vai ao encontro da possibilidade de uso de novas técnicas e ações que culminem no final como fatores positivos na recuperação e no bem-estar da pessoa, como parte integrante na manutenção do seu AC. Três das cinco áreas de atividades na prática de enfermagem, determinadas por Orem (determinar se e como a pessoa pode ser ajudada pela intervenção de enfermagem; responder às solicitações, desejos e necessidades da pessoa e prescrever proporcionar e regular a ajuda direta à pessoa em forma de intervenções de enfermagem), entendo que podem ir ao encontro do referido anteriormente, na medida em que é solicitado ao EEER respostas com validade técnica e científica às necessidades da pessoa. Por vezes, essas mesmas respostas podem ser dadas através de ações talvez não muito valorizadas e que não façam para já, parte do principal leque de opções da enfermagem de reabilitação. As mesmas podem-se tornar importantes como resposta em determinadas situações previamente analisadas, tendo em conta as necessidades e desejos daquela pessoa, funcionando como estímulo psicológico, sensorial, propriocetivo, podendo vir a ter um papel importante no somatório dos cuidados efetuados aquela pessoa e na validade dos mesmos.

Desta forma foi necessária a pesquisa e leitura de informação relevante e válida, que demonstra-se a relação da aplicação das BNM<sup>1</sup> no processo de reeducação da deglutição, sendo que a mesma existe a partir do momento em há estruturas musculares envolvidas. Trata-se de uma área em desenvolvimento e pesquisa, mas alguns estudos já vão ao encontro da fundamentação da sua aplicação. Heo & Kim (2015) entenderam que com a sua aplicação em pessoas com disfagia decorrente de AVC, na zona dos músculos laríngeos externos, trapézio superior e esternocleidomastóideo, em associação com mudanças de posição da cabeça e pescoço, obtiveram resultados estatisticamente significativos quanto à elevação vertical do osso hioide e rotação da epiglote no grupo onde foi feita a sua aplicação, contribuindo para uma melhoria da disfagia observada. Já por outro lado, Lin, Wu,

---

<sup>1</sup> Os princípios fundamentais deste material é a sua capacidade em levantar a pele ativando a circulação sanguínea e linfática, ajudando no trabalho muscular, ligamentar e dos tendões durante exercícios e técnicas de reabilitação. Permite também manter e estabilizar estruturas biológicas danificadas e submetidas a *stress* elevado, dirigindo o movimento no ângulo correto apoiando a estrutura em causa (Goméz, 2012).

Chang, Lin & Chou (2016) exploraram o caso de um recém-nascido prematuro com dificuldade na deglutição por edema cerebral à nascença. Observa-se sialorreia severa, diminuído movimento maxilar, atraso no reflexo de deglutição, mau encerramento labial e diminuição do reflexo de sucção. Foram colocadas BNM na direção de origem-inserção, no músculo orbicular dos lábios a nível superior e inferior, desde a porção posterior da sínfise da mandíbula até à região do osso hioide dividindo-a nas pontas em duas ramificações para a região do milo-hioideu e do esterno-hioideu e por fim na região do masséter. Relatam que a força de sucção (7 movimentos contínuos) e a capacidade de encerramento labial melhoraram face a primeira avaliação. Uma semana após o início da terapia o movimento de sucção aumentou para 11 e a criança teve alta sem necessidade de alimentação por via entérica, mantendo um suporte nutricional e deglutição adequada e eficiente. A massagem oral e outras técnicas foram também aqui associadas à aplicação das BNM. A MT<sup>2</sup> mais propriamente a massagem facial pode ser também uma mais-valia na pessoa com parésia facial no relaxamento muscular e na estimulação neurosensorial. Entendo que são pontos importantes a ter em conta em determinadas situações, previamente avaliadas da sua necessidade em concordância com a pessoa e família, que por mais subvalorizadas que possam ser em termos de aplicação, podem ser no somatório dos nossos cuidados e ações grandes em resultados, sendo assim importante o saber sobre as novas técnicas para usá-las e adequá-las no nosso dia-a-dia.

---

<sup>2</sup> A Massagem implica a aplicação de uma determinada pressão e fricção na pele para alívio da dor, como resposta a uma lesão ou para conforto. Hipócrates foi o primeiro na medicina grega a referir os seus benefícios. Em 1517 Ambrose Paré coadjuvou o uso da massagem na cicatrização de feridas após cirurgia. Trata-se de uma medida natural que já é muito utilizada na medicina chinesa e bem aceite nessa realidade (Fritz, 2016). A MT é uma manipulação manual dos tecidos moles do corpo mantendo o bem-estar da pessoa. Tem um papel importante nos cuidados de saúde modernos pois tem vindo a demonstrar os seus benefícios na redução do *stress*, no aumento do fluxo linfático, na redução da dor, na qualidade do sono, na redução da ansiedade, na recuperação pós exercício intenso e na melhoria da amplitude articular (Salvo, 2016). Tem efeitos em diferentes sistemas do corpo humano. (1) Circulação sanguínea, (2) Sistema linfático, (3) Sistema musculoesquelético, (4) Sistema Tegumentar (5) Sistema nervoso, (6) Vísceras por efeito reflexo (Salvo, 2016).

Nesta mesma linha de pensamento, em ensino clínico hospitalar, destaco a situação de uma pessoa que tinha como diagnóstico médico uma hemorragia subaracnoídea por rotura de aneurisma da artéria cerebral média direita (encontra-se em Apêndice IV o plano de cuidados de enfermagem de reabilitação), que foi sujeita a duas intervenções cirúrgicas (craniotomia com drenagem do hematoma e posterior cranioplastia, com posterior colocação de traqueostomia e ventilação mecânica por 19 dias), sendo que a alimentação foi efetuada por via entérica desde o primeiro dia de pós-operatório (num total de 46 dias). Segundo Skoretz, Flowers & Martino (2010), a ventilação mecânica aumenta o risco de lesões nas vias aéreas superiores, afetando a sua funcionalidade mecânica, aerodinâmica e reflexos protetores. Consequentemente implica também efeitos negativos na fisiologia global da deglutição, desabilitando a sua execução de forma eficiente e segura. Cerca de 51-62% das pessoas que experienciam EOT prolongada (mais de 24 horas), podem vir a desenvolver alterações da deglutição. Por outro lado, a presença de traqueostomia, também pode influenciar o funcionamento da laringe e consequentemente uma deglutição segura e a sua remoção não implica de imediato o restauro de funções perdidas ou adormecidas (foi descanulada ao 43º dia de internamento). É referido que 50-83% das pessoas traqueostomizadas podem vir a desenvolver alterações ao nível da deglutição (Garuti, et al., 2014). Tendo em conta a situação descrita foi efetuado o seu acompanhamento, pela possibilidade de se observar alterações musculares, posturais e sensitivas no que se remete à deglutição.

Desta forma, indo ao encontro do que já foi mencionado anteriormente, foi efetuada uma avaliação da pessoa. A mesma incidiu-se nos seguintes aspetos: (1) Nível de consciência (Sonolenta, com resposta orientada ao estímulo, num primeiro contato, evoluindo para consciente, orientada no tempo, espaço e pessoa); (2) Compreensão de comandos preservada; (3) Mucosa oral e lábios íntegros; (4) Dentição completa; (5) Linguagem comprometida (a 30/09/2016 foi colocada traqueostomia número 8 fenestrada sem *Cuff* e a 2/10/2016 iniciou encerramento com sucesso, tendo sido descanulada a 10/10/2016); (6) Hábitos alimentares (quatro refeições por dia, sendo que a sopa fazia sempre parte do jantar e refere ser intolerante à lactose); (7) Avaliação dos pares cranianos (V - Trigémio, sem alterações; VII-Facial, observou-se ligeiro desvio da comissura labial para a direita, com

dificuldade no encerramento labial e em conter a saliva na cavidade oral; IX - Glossofaríngeo, houve elevação da úvula e palato mole aquando a produção do som “aaahhh”, sem alterações; X - Vago, com hipofonia, reflexo de vômito presente; XI - Espinhal, dificuldade em manter um alinhamento correto da cabeça em posição de sentada com rotação cervical para a direita, com dificuldade em sustentar a cabeça erguida sem apoio e sem ajuda, observando-se diminuição da força muscular ao nível do esternocleidomastóideo e trapézio e também dificuldade na elevação dos ombros especialmente à esquerda, com dor local; XII - Hipoglosso observou-se movimentos da língua de protusão, retração e lateralização mas com força diminuída contra a resistência efetuada; (8) Tempo de início de deglutição após solicitar atrasado; (9) Elevação laríngea observada e sentida após solicitar deglutição de saliva; (10) Auscultação cervical, aparentemente sem sons considerados anómalos.

Tendo em conta a observação efetuada, consideramos que poderíamos realizar uma avaliação direta da deglutição. Foi realizada pelo seguimento da norma vigente no serviço já referida, com uma seringa com 10 mililitros de água, administrando faseadamente observando possíveis sinais de disfagia (tosse, dessaturação de oxigénio ou voz encharcada), ao mesmo tempo que se procedeu à auscultação cervical a cada administração. Observou-se capacidade em deglutir líquidos e pastosos, com ligeira perda de conteúdo pela cavidade oral. Na mesma linha de pensamento e com recurso à escala GUSS observou-se numa primeira avaliação um *score* de 12 referente a uma disfagia moderada com risco de aspiração (mantém vigília por mais de 15 minutos, apresenta tosse voluntária, deglute saliva mas perde alguma saliva pela cavidade oral, não apresenta alterações de voz para além do que já se observava; a deglutição é possível para consistências pastosas e líquidas, estando a deglutição ligeiramente atrasada para líquidos, com alguma perda de conteúdo pela cavidade oral, não se observando uma deglutição possível para alimentos sólidos). Como tal, aparentemente com dificuldade na fase preparatória oral e oral, manteve-se dieta por SNG por alguns dias, estimulando sempre através de exercícios de fortalecimento muscular, pela massagem facial e colocação de BNM, na zona dos músculos laríngeos externos, trapézio superior e esternocleidomastóideo, até garantir bom aporte nutricional em consonância com uma deglutição adequada (Trapl, et al., 2007).

Neste seguimento, entendeu-se que seria importante melhorar a força e resistência muscular, ensinando e treinando com a pessoa exercícios dirigidos: lábios (protruir, retrair, lateralizar e segurar uma espátula com os lábios em repouso e posteriormente protraídos; move-los como se fosse assobiar, “dar beijinhos” e sorrir); língua (protrair o máximo possível, movendo-a para o canto direito da boca esticando-a e depois para o esquerdo, mantendo sempre a posição por dois segundos, deslocando-a para trás o máximo possível e manter por dois segundos, sendo repetidos por 5 a 10 vezes. Para criar resistência, com recurso a uma espátula pediu-se que empurrasse a língua para fora mantendo por dois segundos, sendo que inicialmente os movimentos foram efetuados no interior da cavidade oral contra as bochechas); bochechas (foi pedido que insufla-se primeiro de um lado, depois do outro e posteriormente as duas aos mesmo tempo, sendo depois resistido criando pressão com as mãos). Foram efetuados uma vez no turno e ensinado à pessoa e familiar significativo (marido) para realizar em outra altura do dia, por cerca de 10/15 minutos.

Foi igualmente importante a correção postural, com correto alinhamento corporal e capacidade de manter a cabeça numa posição vertical segura e sem dor associada. Para além de exercícios de rotação cervical e elevação e depressão dos ombros de forma passiva e assistida resistida, foi conjugado com o EEER orientador, a MT da região com colocação BNM na região do trapézio, esternocleidomastóideo. A sua colocação foi importante no relaxamento muscular, na correção postural e diminuição da dor local. Tendo sido observado na pessoa em menos de uma semana uma melhoria significativa na capacidade de sustentação da cabeça na posição vertical, assim como na rotação patológica para a direita observada. Ao longo dos dias, inerente à colocação das BNM, pela estimulação propriocetiva da região anatómica onde foram colocadas e associação de exercícios musculares de força e resistência, permitiu a eficácia da deglutição que foi assistida com recurso à técnica de flexão cervical aquando o início de dieta e treino do AC de alimentação, nesta fase foi possível dar ênfase a alimentos considerados importantes, como a sopa que foi agilizado com o marido e equipa a possibilidade de a mesma ser trazida de casa. Teve alta sem SNG alimentando-se oralmente de forma eficaz e segura de consistências líquidas e pastosas, com score de 17 na escala de GUSS, referente a uma disfagia ligeira com risco reduzido de aspiração com score máximo em todas as avaliações

com exceção na consistência sólida de alimentos, requerendo mais tempo em exercícios dos músculos da mastigação para estimular e vincular a deglutição com alimentos de todas as consistências se assim o for possível. Faz cinco refeições por dia, necessitando de ajuda total no AC de alimentação, mas consegue levar os alimentos à boca. Foram informados, treinados, ensinados e validados os exercícios de força e resistência muscular efetuados no internamento à pessoa e na presença do marido, capacitando-os para a execução independente, conjunta ou individual dos mesmos em ambulatório.

Destaco por outro lado uma situação com a qual contatei no último dia de estágio (Apêndice V), primeiro dia de pós cirúrgico, após remoção de Lesão Ocupante Espaço (LOE) na região temporal direita. Encontrava-se orientada auto psicologicamente e alo psicologicamente por períodos (referiu o local onde se encontrava e o ano, com dificuldade em referir o dia, a semana e mês e qual o presidente da república), foi também difícil abordar questões mais complexas em termos da sua história alimentar, em termos do nível de consciência tinha períodos de sonolência, despertável, mantendo períodos longos de vigília, interagindo. Com dificuldade em articular palavras, com discurso disártrico. Lábios e mucosa oral seca, necessitando de hidratação e com dentição incompleta (aparentemente usava prótese dentária que não a tinha no momento). Reflexo de tosse presente, com um padrão respiratório toraco-abdominal, com saturação periférica de oxigênio entre os 94-95% com aporte de oxigênio por óculos nasais a 2 litros por minuto. Deglutição da própria saliva, com aparente atraso na fase oral e apesar de sentido o movimento laríngeo, aparentemente com início retardado (equacionando uma alteração ao nível da fase faríngea). Foi também efetuada a auscultação cervical, tendo sido audível um som tipo “gorgolejo”. Foram posteriormente avaliados os pares cranianos, observando-se as seguintes alterações: V-Trigémio (Dificuldade na mobilização da mandíbula para o lado esquerdo e na palpação força reduzida do masséter); VII-Facial (Assimetria facial presente, com desvio da comissura labial para a direita e com apagamento do sulco nasogeniano à esquerda, parésia facial central esquerda. Reconhecimento dos sabores doce e salgado, com dificuldade no sabor amargo/ácido); X-Vago (Hipofonia); XI-Espinhal (Cabeça, força de grau 3 no movimento de rotação para a direita e esquerda e de grau 2 no movimento de flexão e extensão, na elevação e depressão

do ombro direito força mantida com e sem resistência, mas ausente no ombro esquerdo, pela Escala *Medical Research Council*); XII-Hipoglosso (Com movimentos de protusão/retração, lateralização e elevação da língua, aparentemente sem assimetrias observadas, mas com força diminuída na resistência dos movimentos). No momento da avaliação apresentava SNG com alimentação entérica, que foi mantida. Foi posteriormente efetuada uma avaliação direta da deglutição, com água e espessante de consistência tipo pudim, sendo explicado o que iria acontecer, num ambiente calmo, e posicionada no leito na posição de sentada, garantindo o alinhamento corporal e equipamento para aspiração, caso fosse necessário. Foram efetuados os passos referentes à escala de GUSS, obtendo-se no final um *Score* de 6 referente a uma disfagia severa, com elevado risco de aspiração. Como tal, foram registadas as alterações observadas em *Sclinic*, como também a necessidade em manter a SNG e alimentação por via entérica, tendo sido abordada a questão com o EEER orientador e restante equipa, para um acompanhamento contínuo da situação referida. Equacionou-se a provável necessidade face ao observado de uma interligação com as restantes equipas competentes na área (fisiatra, terapeuta da fala e equipa de enfermagem de reabilitação) e uma possível necessidade de avaliação mais específica da deglutição através de exames complementares de diagnóstico como a avaliação endoscópica da deglutição, videofluoroscopia ou mesmo esperar alguns dias para se proceder a uma nova avaliação onde se poderiam observar resultados diferentes. Face ao observado, foi delineado juntamente com o EEER orientador cuidados de enfermagem de reabilitação dirigidos à reeducação da deglutição com recurso à estimulação sensorial, com técnicas de estimulação térmica e tátil e exercícios para melhorar a amplitude de movimentos, a força e resistência muscular, dirigidos aos lábios, língua, mandíbula, bochechas e laringe.

No final do ensino clínico hospitalar, foi realizada uma sessão onde foi apresentada a temática central do relatório (Apêndice VI) à equipa de enfermagem, tendo sido no final discutida a sessão com os participantes, nomeadamente os EEER do serviço que se mostraram recetivos ao apresentado. Ao ser questionada em como poderiam melhorar a sua prática em relação à temática apresentada, destaquei a importância de uma possível revisão da norma de procedimento vigente, assim como

uma reestruturação dos cuidados a este nível onde antes de qualquer tentativa de alimentação oral deveria existir sempre uma avaliação prévia por parte do EEER.

De salientar que em contexto de ECCI não existiu a oportunidade de contato com pessoas onde se verificassem alterações da deglutição, tendo sido apenas possível o acompanhamento de uma situação de parésia facial periférica esquerda, decorrente de LOE cerebral direita, que poderia implicar algum tipo de dificuldade no processo de deglutição, o que não foi observado. Contudo foi garantida uma observação da pessoa tendo em conta uma possível alteração, relatando em seguida parte do que foi observado e efetuado ao longo das visitas, disponível também em Apêndice VII em forma de plano de cuidados de reabilitação: Em repouso observava-se ligeiro desvio da comissura labial para a direita, sendo este mais evidente quando foi pedido à pessoa para sorrir, observando-se também ligeiro apagamento do sulco nasogeniano do lado esquerdo. Quando pedido para fechar os olhos consegue o movimento mas com maior dificuldade em abrir e principalmente fechar o olho esquerdo. Consegue elevar e deprimir ambas as sobrancelhas. Não foram observadas assimetrias internas da cavidade oral, mucosas e lábios sem alterações. Apresenta prótese dentária fixa. Sem alterações da qualidade da voz nem da linguagem. Compreende comandos. Apresenta reflexo de tosse eficaz. Padrão respiratório toraco-abdominal, regular. Deglute a própria saliva com movimento laríngeo presente, aparentemente dentro do *timing* referido como normal para cada fase. Consegue cerrar os dentes e apresenta força mantida e simétrica dos masséteres. Sensibilidade facial mantida. Tem paladar mantido. Apresenta movimentos regulares da língua, sendo que se observa ligeiro desvio para a esquerda da mesma. Correta postura quando sentada para a alimentação, com capacidade de elevação e depressão dos ombros e de rotação cervical para a direita e esquerda. Foram realizadas as intervenções no âmbito da reeducação dos músculos faciais e dirigidas à língua, lábios e bochechas. Foi entregue um documento com imagens que ilustravam os movimentos a realizar (Apêndice VIII) e efetivados os ensinamentos dos mesmos, referindo e demonstrando que os mesmos podem ser feitos em frente a um espelho de forma a visualizar o movimento efetuado. Informada sobre a importância da automassagem facial e como realizá-la e de colocar os alimentos na cavidade oral

do lado não afetado. Existiu compreensão dos ensinamentos efetuados, pela pessoa, e familiares que demonstraram *feedback* positivo em relação aos mesmos.

### **3.2. Desenvolvimento de competências na área sensório-motora**

Como já referido foi sempre importante uma colheita de dados num primeiro contacto com a pessoa e alicerçou-se a mesma na sua avaliação em diferentes aspetos recorrendo-se a diferentes escalas utilizadas em ambos os contextos de ensino clínico, como em outras validadas pela OE - Mesa do Colégio da especialidade de Enfermagem de reabilitação, disponíveis no documento com o título "*Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*". Destacam-se como escalas/instrumentos de recolha de dados utilizados e com os quais contactei ao longo do ensino clínico: Escala de Coma de *Glasgow*, Escala de *Rancho Los Amigos*, Escala de *Lower*, Escala *Medical Research Council*, Escala de *Ashworth* Modificada, Escala de Equilíbrio de *Berg*, Escala de *Braden*, Escala de *Morse*, Escala de *GUSS*, Escala Modificada de *Borg*, Medida de Independência Funcional, Índice de *Barthel*, Índice de *Katz*, Índice de Massa Corporal, Escala de Avaliação de Sintomas de *Edmonton* (o contacto com esta escala direccionada para o contexto de cuidados paliativos deveu-se ao facto de ser obrigatória em termos de preenchimento na plataforma da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) aquando o seguimento de pessoas referenciadas para cuidados paliativos que em diferentes situações era necessária a intervenção como EEER).

Saliento, que num primeiro contacto com a pessoa internada em hospital, lhe foi sempre explicado o contexto da minha presença nos cuidados como aluna de enfermagem de reabilitação e em como diferia da restante equipa de enfermagem, esclarecendo qual o papel a efetuar como EEER e qual o propósito dos nossos cuidados em somatório aos restantes cuidados. Em ECCEI a admissão envolveu sempre também a explicação quer à pessoa e cuidador informal do modo de funcionamento da equipa e do papel do EEER em contexto domiciliário, não há a necessidade de apresentação física pois a ação decorre no ambiente da pessoa, há uma apresentação na medida em que é transmitido à pessoa como podemos usar o

seu domicílio como local de recuperação e como este poderá ser um grande aliado, assim como o cuidador informal.

Ao longo do ensino clínico, principalmente em hospital houve a oportunidade de contato com diferentes materiais e equipamentos utilizados pela equipa de enfermagem de reabilitação. Destaco como equipamentos utilizados: elevador elétrico (utilizando cestos de transferência para levantar e para manter a posição vertical), cinto de transferência, tábua de transferência, lençol de transferência, maca banheira ajustável em altura, pedaleira, espelho quadriculado, *Cough Assist* e Talas pneumáticas. Por outro lado, existiu a possibilidade de contato com os diferentes projetos desenvolvidos pela equipa de enfermagem de reabilitação. Como já referi anteriormente, tive oportunidade em contactar com o projeto abraçado pelo EEER orientador que implicava a MT e a colocação de BNM, sendo uma prática utilizada diariamente no serviço, aceite e valorizada por toda a equipa multidisciplinar.

Outro dos projetos que se encontrava em desenvolvimento no local tinha como tema/título, “*A Avaliação e Estimulação do doente com alterações do estado de Consciência*”, tendo tido a oportunidade em participar na sua aplicação em conjunto com o EEER orientador, sendo que o mesmo implicava a aplicação de um Programa de Estimulação Multisensorial. Este funciona como ponte de ajuda para que a pessoa desenvolva a capacidade em captar através dos 5 sentidos, estímulos sensoriais ambientais estimulando-a quando em coma ajudando assim na sua recuperação. Orienta-se por seis princípios: Estabelecer critérios de início (podem ser iniciados 72 horas a semana após a lesão, score na Escala de Comas de *Glasgow* inferior a 10, pressão intracraniana <15mmHg por 24 horas e estabilidade hemodinâmica); Estimular os 5 sentidos, vestibular e proprioceptivo; Garantir estímulos sociais e inanimados significativos; Regulação sensorial dos estímulos (ambiente tranquilo e confortável, estimulação organizada e lenta, repouso e frequência da estimulação); Envolvimento da família/pessoa significativa e avaliação objetiva do impacto (através de escalas do nível de consciência, registo dos sinais vitais e pressão intracraniana antes e após e comportamentos observados como abertura ocular, vocalizações, sudorese...) (Varanda & Rodrigues, 2016).

Desta forma foi aqui incluída a estimulação auditiva, com um tom de voz normal, ambiente calmo, orientando a pessoa no espaço e tempo, explicando o que iria acontecer, abordando-a pelo nome habitual; estimulação visual com objetos pessoais como fotografias familiares; estimulação olfativa através do seu perfume pessoal e outros cheiros importantes; estimulação gustativa com umas gotas de café, ou outros sabores de referência para a pessoa; estimulação proprioceptiva e tátil com mobilização passiva e condução verbal da mesma, com MT na maca banheira e toque com diferentes texturas (algodão, superfícies rugosas); estimulação vestibular com treino de equilíbrio estático e dinâmico, sentando a pessoa na beira da cama, com posterior levante para cadeira de rodas. Foram utilizadas para avaliar o nível de consciência as escalas de *Rancho Los Amigos* e a Escala de Coma de *Glasgow*, como preconizado pela norma de procedimento, sendo monitorizados os sinais vitais antes e após a sua aplicação e monitorizada a frequência cardíaca ao longo da aplicação.

Este tipo de programas de reabilitação cognitiva são direcionados a pessoas com diferentes compromissos cognitivos decorrentes de um AVC, TCE ou LOE cerebrais ou quadros de demência. Tem como principal objetivo “maximizar as capacidades cognitivas tendo em conta o bem-estar psicológico, a funcionalidade na realização das atividades de vida diária e a integração sociofamiliar.” (Varanda & Rodrigues, 2016, p. 216). Atender aos défices cognitivos da pessoa e delinear objetivos tendo em conta uma avaliação inicial e contínua, permite estratégias de reabilitação mais adequadas à pessoa e sua situação (Varanda & Rodrigues, 2016). O sistema nervoso central de um adulto também tem uma grande capacidade de readaptação e desta forma, aquando uma lesão cerebral há utilização dessas aptidões para a recuperação de funções que foram perdidas ou fortalecimento de funções semelhantes às originais. Esta capacidade é preponderante para que a recuperação aconteça mesmo que de forma parcial (Menoita, 2012). Taylor, uma neurocientista que sobreviveu a um AVC relata em livro toda a sua experiência desde a manhã do evento, ao longo de todo o processo de reabilitação. Relata que no início de todo o processo que depressa compreendeu que era crucial estimular os seus sistemas neurológicos pois “Os neurónios só se desenvolvem quando se encontram ligados em circuito com outros neurónios; isolados e sem estímulo definham.” (Taylor, 2008, p. 110). Desta forma, aproveitou cada momento, ao mesmo tempo que respeitava a

necessidade de descanso, reaprendendo a cada dia aquilo que não se encontrava presente “Dado que não conseguia encontrar o ficheiro referente a salada de atum, ficou decidido que seria esse o nosso almoço.” (Taylor, 2008, p. 109).

Em contexto hospitalar pela especificidade do serviço, as patologias mais frequentes eram maioritariamente AVC hemorrágico, aneurismas, empiemas e LOE cerebrais e aqui as sequelas observadas eram em muito idênticas a um AVC isquémico, como a presença de hemiparésia ou hemiplegia e complicações decorrentes da imobilidade (padrão espástico, síndrome do ombro doloroso, tromboembolismo, Úlceras por Pressão (UPP) e queda), tornando-se decisiva a intervenção na pessoa a esses níveis (Direcção Geral de Saúde, 2010; Flannery & Bulecza, 2010). A imobilidade implica consequências nos diferentes sistemas fisiológicos, sendo importante um planeamento dos cuidados de enfermagem de reabilitação de forma a garantir a mobilidade da pessoa prevenindo alterações (Ordem dos Enfermeiros, 2013). Desta forma, foram realizados na pessoa posicionamentos de prevenção de UPP e de instalação do padrão espástico, com recurso a almofadas de diferentes tamanhos e de textura moldável, planeando a intervenção consoante o grau de dependência da pessoa e sua situação clínica, informando-a e requisitando a sua colaboração sempre que possível. Foram alternados posicionamentos de 2/2 horas ou consoante as condições gerais da pele, garantindo o conforto da pessoa, a distribuição do peso corporal de forma equitativa, respeitando sempre o alinhamento corporal, redução de tensão articular/muscular com as articulações em posição neutra ou funcional. Na mobilização no leito foram utilizados resguardos (colocados desde a escapulo-umeral até à região popliteia) ou lençóis de transferências. Foram também realizadas mobilizações (para garantir a integridade das estruturas articulares) passivas, ativas assistidas, ativas e ativas resistidas consoante a pessoa e sua situação. As transferências foram realizadas consoante a pessoa e o seu grau de dependência com recurso a meios de apoio como cinto/tábua de transferência, elevador elétrico, barras de apoio, alteadores de sanita entre outros, evitando a fricção e/ou posturas corporais desadequadas à pessoa, garantindo uma postura correta respeitando o alinhamento corporal quando sentada em cadeira de rodas ou cadeirão. O levante incluiu treino de equilíbrio estático e dinâmico com correção postural com recurso a espelho quadriculado. (Ordem dos Enfermeiros, 2013). Um dos focos

principais da ação foi a manutenção de um ambiente seguro que refletisse o bem-estar e segurança da pessoa, sendo a prevenção de complicações uma preocupação constante.

Destaco uma situação de um adulto de 33 anos de idade onde o acompanhamento decorreu desde o início do seu internamento em enfermaria, até à alta para domicílio, onde iria aguardar vaga para um centro de reabilitação. O internamento deveu-se a uma situação de empiema subdural da convexidade direita por pansinusite com diferentes intervenções cirúrgicas e procedimentos, desde a sua drenagem, craniotomia descompressiva, alargamento de craniotomia, EOT e ventilação mecânica invasiva com posterior colocação de traqueostomia. Os contatos aconteceram no período de 18/10/2016 a 22/11/2016 (não sendo por dias consecutivos). Nos primeiros dias, encontrava-se calmo, consciente aparentemente orientado na pessoa e espaço com confusão temporal, a comunicação era efetuada por gestos manuais de “sim” e “não” com o polegar direito, respondendo a perguntas simples, pela presença de traqueostomia não tínhamos discurso verbal (foi colocada cânula fenestrada e iniciado treino de encerramento a 21/10/2016 tolerando, tendo sido descanulado a 26/10/2016, sendo possível na altura um discurso verbal eficaz, encontrando-se orientado em todas as vertentes). Apresentava hemiplegia do hemicorpo esquerdo com força de grau 0 nos segmentos avaliados pela Escala *Medical Research Council*, sem espasticidade, com alteração da sensibilidade superficial e profunda. No hemicorpo direito com força mantida de grau de 4 pela mesma escala, sem dismetria observada, que não foi avaliada no hemicorpo esquerdo. Equilíbrio estático e dinâmico sentado e em pé instável, o levantar era efetuado com ajuda total para cadeira de rodas de espaldar alto por dificuldade em suportar a cabeça<sup>3</sup>, permitindo apoio na correção postural numa fase inicial.

Ao longo dos diferentes contatos foram efetuados exercícios musculares dirigidos ao hemicorpo direito com mobilizações ativas e resistidas e exercícios pela mobilização passiva do hemicorpo esquerdo (flexão/extensão, adução/abdução dos

---

<sup>3</sup> Força de grau 2 na flexão/extensão cervical e rotação cervical direita/esquerda e força de grau 0 na elevação do ombro esquerdo, pela Escala *Medical Research Council*, observando-se rotação da cabeça para a direita, foram aqui efetuadas mobilizações passivas e ativas assistidas de flexão/extensão, rotação esquerda/direita da região cervical.

dedos da mão; flexão/extensão, adução/abdução e oponência do polegar; flexão/extensão, desvio radial/cubital do punho; supinação/pronação do antebraço; flexão/extensão do cotovelo; rotação interna/externa, adução/abdução, flexão/extensão, elevação/ depressão, circundação do ombro; flexão/extensão, adução/abdução dedos do pé; eversão/inversão, dorsi-flexão/flexão plantar da tibio-társica; flexão/extensão do joelho; rotação interna/externa, adução/abdução, flexão/extensão, circundação da coxo-femural). Ao nível do hemicorpo esquerdo foi associada a MT (foi efetuada em períodos curtos de forma suave e com pouca pressão, sendo aqui o principal objetivo promover a circulação local e causar um estímulo propriocetivo desse hemicorpo pela estimulação dos terminais nervosos da pele, associando também como já referido mobilizações passivas) e também a colocação de BNM ao nível do membro superior esquerdo para atuarem como estímulo sensorial. Foi também efetuado o posicionamento quer no leito como na cadeira de rodas de forma a prevenir UPP e instalação do padrão espástico.

Foi efetuado treino de equilíbrio estático e dinâmico sentado na cama com apoio das duas mãos lateralmente no leito, associando o balancear do tronco acompanhado a nível lateral, anterior e posterior. Ao longo dos dias de contato foi possível observar uma melhoria ao nível do equilíbrio estático sentado. O levantar efetuado pelo lado esquerdo, como referi inicialmente foi para cadeira de espaldar alto, sendo que ao longo dos dias e quando se observou força mantida a nível cervical, foi efetuado para cadeira de rodas. Quando sentado foi colocada uma superfície de trabalho transparente, como meio facilitador na integração do hemicorpo esquerdo e colocado sempre que pertinente e conforme a vontade da pessoa, o espelho quadriculado como ajuda na integração do esquema corporal e correção postural. Ao longo dos dias, foi observada aumento da força muscular ao nível do membro inferior esquerdo (constatou-se inicialmente capacidade de contração muscular sem movimento e posteriormente capacidade de movimento do membro na base da cama), possibilitando uma crescente colaboração da pessoa ao nível das transferências entre o leito, cadeira de rodas, cadeira higiénica e sanitário. Foram também associadas sempre com ajuda, atividades terapêuticas como o rolar no leito, a ponte, a rotação controlada da anca e automobilizações dos membros superiores no leito e sentado.

Foi perceptível no decorrer dos contatos, quando estimulado o AC de alimentação, incentivando a alimentar-se sozinho, levando os alimentos à boca, que se alimentava apenas da metade direita do prato, assim como, fazia apenas a barba na metade direita da face, evidenciando sinais de negligência hemiespacial unilateral. Numa fase inicial, mesmo não se tendo constatado de fato sinais do referido, a pessoa foi sempre abordada pelo lado direito, prevenindo potenciais sentimentos de insegurança. Numa fase posterior, foi sendo abordado pelo lado esquerdo, colocando-se a mesa-de-cabeceira com os seus objetos pessoais desse mesmo lado, após explicação da alteração apresentada quer à pessoa como ao familiar significativo (neste caso a mãe), sendo aqui também utilizada a técnica de facilitação cruzada, como forma de estimulação da sensibilidade postural, dos músculos do tronco e do reflexo postural do lado esquerdo e da reintegração do esquema corporal. Foi efetuada a estimulação térmica e tátil com diferentes texturas, no hemicorpo esquerdo como forma de ajuda na sua reintrodução no esquema corporal.

Tendo em conta que a pessoa iria regressar ao domicílio como referido, foi importante sempre que possível incentivar os ensinamentos efetuados não só à pessoa como também à cuidadora informal. Nesta linha de pensamento no AC de higiene<sup>4</sup>, sabíamos que no domicílio existia base de duche, foram treinadas as transferências da cadeira de rodas para cadeira normal ou própria de duche caso houvesse a possibilidade em adquirir, assim como para o sanitário (que sabíamos que estariam a colocar barras de apoio no domicílio para facilitar o seu uso), foi treinado e explicado que no AC de vestir seria correto que o hemicorpo esquerdo deveria ser o primeiro a ser vestido e o último a ser despido. Com os ensinamentos efetuados obteve-se um *feedback* positivo dos mesmos e capacidade em efetua-los, sendo informado à cuidadora da importância em possibilitar a participação da pessoa nos cuidados incentivando-a. Foram informados para recorrer ao seu centro de saúde, médico de família e junta de freguesia para verificarem que apoios poderiam existir na sua comunidade. É possível através de ensinamentos e encaminhamentos, melhor nível de autonomia para que a pessoa e cuidador possam vivenciar no seu contexto após o

---

<sup>4</sup> O AC de higiene ao longo dos dias já era efetuado em cadeira higiénica no duche com colaboração da pessoa na capacidade em lavar e secar a metade superior do corpo com o membro superior direito e também na capacidade de lavar os dentes e fazer a barba.

evento de doença/incapacidade, situações que não se traduzam em desvantagens, ajudando-os através das suas histórias de vida, formação e experiência profissional. Saber cooperar entre as globalidades da pessoa e sua família, com a situação atual de doença, conhecimento e experiência, guiando-os para esta nova jornada é essencial num EEER (Hesbeen, 2003). Dominando estes recursos o EEER adquire competências que são revistas e reorganizadas a cada situação entre aquela pessoa que “é cuidada e outra que cuida.” (Hesbeen, 2003, p. 69). Por vezes aqui, de uma forma geral, o envolvimento da família demonstrou-se complicado de gerir na medida em que a duração da visita por vezes era limitada e a disponibilidade em aumentarem esse período não era possível na maioria das vezes. Por outro lado, a maioria das pessoas acompanhadas ingressaram após a alta a RNCCI tornando a indisponibilidade de envolvimento por parte da família mais visível.

De uma forma geral e durante todo o período de ensino clínico em hospital foi compreendido e acompanhado o circuito da pessoa na instituição, desde o pós-operatório na unidade de intermédios até à passagem para enfermaria e consequente referência para a RNCCI quando aplicável, realizando os registos de enfermagem de reabilitação necessários para o efeito e em programa informático *Sclinic*.

Indo ao encontro do realizado em contexto comunitário, ao ser uma nova realidade, compreendeu inicialmente o conhecimento das fases necessárias para o ingresso da pessoa na ECCI, modo de funcionamento da RNCCI, etapas e avaliações necessárias, assim como o funcionamento geral da plataforma *on-line* da RNCCI. Particpei na dinâmica diária da ECCI e da EEER orientadora, salientando que a sua ação ao mesmo tempo que se centrava na enfermagem de reabilitação, também existiam alturas em que era como enfermeira generalista, na virtude de condicionantes de recursos humanos e materiais disponíveis. Aqui houve a oportunidade de acompanhar visitas domiciliárias no âmbito da enfermagem de reabilitação desde o momento de admissão, executando os registos necessários, estruturando o plano de ação de reabilitação para determinada pessoa e sua situação, até ao momento da alta de enfermagem. Foram realizados ensinios à pessoa e aos cuidadores sobre exercícios de mobilização passiva, ativa-assistida, ativas e resistidas, com entrega pequenos documentos com imagens representativas, assim como foram disponibilizados folhetos para o local de estágio para o cuidador informal sobre

exercícios de mobilizações (Apêndice IX), RFR (Apêndice X) e posicionamentos para prevenção de UPP (Apêndice XI).

De uma forma geral após a avaliação da pessoa e colheita de dados, foi importante identificar as necessidades da pessoa e família e planificar os cuidados de enfermagem de reabilitação em parceria, ajudando a pessoa a entender as suas capacidades e limites, motivando-a e elogiando cada conquista. Relembro a situação de um casal de idosos<sup>5</sup> em que no início do contacto a pessoa não realizava levante, mantendo-se no leito, encontrando-se dependente total na realização das AVD, sendo o marido o cuidador informal que também já apresentava algumas limitações físicas. O principal objetivo ao longo das nossas visitas estabelecido pela pessoa foi levantar-se sozinha para conseguir caminhar até à cozinha para as refeições e à casa de banho e utilizar a sanita, de forma a diminuir a carga de trabalho imposta ao cuidador. Foi uma longa caminhada onde planeámos cerca de três visitas por semana (entre dezembro 2016 a fevereiro 2017), que se resumiram em intervenções avaliadas, planeadas em conjunto, força e motivação para alcançar o definido.

Neste caso em particular a pessoa apresentava-se calma e orientada, auto e alo psiquicamente, com hemiparésia esquerda de grau 3 segundo a *Medical Research Council Scale* nos graus de movimento referentes ao membro superior e de grau 4 ao nível do membro inferior e com mobilidade limitada em graus de movimento articular ao nível do membro inferior direito por presença de prótese total da anca (nomeadamente na rotação interna/externa, adução/abdução, flexão/extensão da coxo-femural). Apresentava equilíbrio estático sentada, e em pé apenas em apoio com andarilho, sem equilíbrio dinâmico sentada e de pé. Sem marcha autónoma no início das nossas visitas. Salienta-se assim um défice de AC na manutenção do equilíbrio entre atividade e descanso, relacionado com a hemiparésia

---

<sup>5</sup> Casal de idosos entre os 75-80anos, em que o cuidador informal era o marido, tendo apoio para higiene e refeições. Tratava-se de uma pessoa com antecedentes pessoais de AVC com sequelas de hemiparésia esquerda de predomínio braquial, diabetes *mellitus* tipo II, hipertensão arterial, neoplasia da mama direita com mastectomia radical, prótese total da anca direita e DPOC com aporte de oxigénio a 1l/min por 16 horas/dia. Internada em ECCL após internamento hospitalar longo no contexto de uma pneumonia e derrame pleural à direita. Encaminhada para reabilitação motora e respiratória, sendo que antes ao internamento se deslocava de forma independente com canadiana.

esquerda e alterações do equilíbrio, manifestado pela permanência contínua no leito, implicando um sistema parcialmente compensatório e de apoio-educação. Com aporte de oxigênio a 1l/min por 16 horas/dia, em repouso encontrava-se eupneica, e apresentava dispneia moderada a esforços, grau 3 na Escala Modificada de *Borg*. Tórax sem alterações, com simetria torácica, sem deformações, alterações cutâneas. Padrão respiratório com ventilação espontânea, simétrica com respiração tipo mista (toraco-abdominal), regular e semi-profunda, frequência respiratória com cerca de 18 ciclos por minuto em repouso. Na auscultação pulmonar, murmúrio vesicular em ambos os campos pulmonares, sem tosse e sem secreções. Desta forma, observou-se alteração do AC Respirar pela presença de dispneia moderada a esforços e necessidade de aporte de oxigênio em domicílio, manifestando assim a necessidade de cuidados de RFR, num sistema de enfermagem de apoio-educação.

Para ir ao encontro do déficit de AC de manutenção do equilíbrio entre atividade e descanso, implicou o ensino e treino de atividades terapêuticas no leito, como o rolar, a ponte, a automobilização dos membros superiores, carga no cotovelo, o sentar na cama, para o treino de equilíbrio estático e dinâmico (correção postural em frente ao espelho, oscilação do tronco frontal e lateral e utilização de auxiliar de marcha, andarilho para aumentar a base de sustentação) o levantar/sentar consecutivamente, com treino de marcha com andarilho e posteriormente com canadiana. Foram também executados exercícios de fortalecimento muscular dos membros superiores e dos membros inferiores. De forma a facilitar o uso da sanita foi informada e instruída a pessoa e cuidador na aquisição de um alteador de sanita e foram negociadas alterações arquitetônicas, nomeadamente pela presença de diferentes tapetes. Por outro lado, para atuar na alteração do AC respirar, foram realizadas técnicas referentes à RFR com recurso a posições de descanso e relaxamento para conservação de energia, facilitando a respiração diafragmática (sentada com ligeira inclinação para a frente com os cotovelos apoiados sobre os membros inferiores, pés ligeiramente afastados e apoiados no chão). Recorreu-se também à consciencialização e controlo da respiração para a dissociação dos tempos respiratórios (expiração com os lábios semi-cerrados e respiração diafragmática) e à reeducação diafragmática (associando o relaxamento e dissociação dos tempos respiratórios, uso de estimulação tátil com a colocação da mão no abdómen

acompanhando a dinâmica diafragmática) quer na posição de deitada e sentada e reeducação costal global com bastão e abertura costal seletiva.

Foi um longo caminho, envolto em algumas dificuldades físicas, psicológicas, sociais e habitacionais, com capacidade de negociação e parceria nos cuidados, entendendo como foco dos nossos cuidados a promoção dos projetos de saúde da pessoa e família. Deste modo foi-nos possível através da nossa avaliação, planeamento e intervenção observar a evolução física e psicológica desta família. Conseguimos em conjunto que o número de horas despendidas no leito fosse reduzido, inicialmente gerindo o tempo de levante entre a nossa visita e a próxima visita do apoio de higiene e refeições. Já no final do nosso acompanhamento o somatório da RFR e treino consecutivo de equilíbrio, levante e marcha com andarilho e posteriormente com canadiana implicou que a pessoa fosse capaz de realizar sozinha, algumas das AVD. Nos últimos dias já chegávamos ao domicílio e já se encontrava fora do leito e os cuidados de higiene já eram realizados no duche com ajuda e com cadeira de apoio e deambulava pela casa de andarilho, utilizando a casa de banho durante o dia.

O peso sob o cuidador informal foi diminuído, capacitando a pessoa para a ação dentro das suas possibilidades e capacidades físicas e psicológicas. Difícil em gerir foi a situação social e habitacional, na medida em que o seio familiar era apenas o casal de idosos que esporadicamente tinham a visita de um sobrinho somando ao facto de a habitação ser num terceiro andar sem elevador impossibilitava a saída do domicílio de forma autónoma e segura. Foi sempre presente em todas as ações a pessoa como um todo e como “um ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, crenças e desejos de natureza individual (...)”, tornando-a num ser único e com direito à sua autodeterminação (Ordem dos Enfermeiros, 2015b, p. 98).

Ao longo do ensino clínico foi sempre importante preservar o papel da pessoa na ação sobre os cuidados prestados, garantindo a mobilização de conhecimentos necessários para que possa viver o seu processo de doença/saúde, perspetivando-a como responsável, certificando o seu *empowerment* na tomada de decisão sobre si. Foi essencial não desvalorizar a capacidade da pessoa, em participar como parceiro, respeitando a sua autonomia, individualidade e subjetividade (Gomes, 2007). Destaco

desta forma acontecimentos e ações que decorreram em ECCI, de um situação já abordada no subcapítulo anterior, que se encontram ilustrados também em Apêndice VII: Foi prestado apoio emocional, falando com a pessoa<sup>6</sup>, sempre tendo em conta a sua situação clínica atual. Identificadas estratégias de distração e sensação de ocupação temporal como a leitura de revistas, visualização de filmes (algo que gostava). Foi sugerida que tentasse a ida ao café pelo menos uma vez por semana com o marido. Foi sempre tido em conta a disponibilidade da pessoa para distração e alívio da sensação de tristeza, em termos de dor, cansaço e vontade própria. Já em outra visita, referiu ter ido essa semana uma vez com o marido ao café, referindo uma sensação positiva com a saída e com a própria ingestão do café, expressando um grande bem-estar associado. Foi reforçada a importância destes acontecimentos sempre que o seja possível, assim como a execução de tarefas domésticas que possam requer pouco trabalho físico, como o dobrar roupa sentada no sofá, descansando sempre que necessário, sendo também uma ajuda como exercício de mobilização das articulações do punho e dedos. Foi também incentivada a estar na cozinha (sempre que se sinta confortável para o mesmo) aquando a preparação das refeições servindo de guia vocal para o marido ou filha em termos de receitas e de como cozinhar, estimulando a memória e o pensamento (gostava de cozinhar e era a mesma que preparava todas as refeições em casa).

Em contexto de ECCI sempre que possível o cuidador informal foi integrado nos cuidados capacitando-o, sendo por vezes uma situação difícil de gerir pois um dos objetivos da ECCI é capacitar o cuidador para a ação, mas por vezes este assimila a nossa presença a um momento de descanso, afastando-se, não permitindo a mobilização de informação necessária à continuidade dos cuidados após a nossa

---

<sup>6</sup> Senhora de 57 anos seguida em contexto ECCI, consciente e orientada auto e alo psiquicamente, com dois empregos até há quatro meses (trabalhou até Setembro de 2016 como guia turística na cidade de Lisboa e também como cuidadora de crianças), sendo a principal organizadora do lar em termos familiares, alimentação e limpeza. Foi diagnosticada há quatro meses com uma neoplasia do pulmão direito, metastizada a nível cerebral com duas LOE, com conhecimento há três meses, com sequelas de hemiparésia esquerda de predomínio braquial e parésia facial central esquerda. Reside com o marido já de idade avançada, reformado e a filha jovem advogada desempregada, estudante de mestrado.

visita. Desta forma, implicou um esforço necessário em tentar englobar ao máximo o cuidador na ação mesmo quando menos disponível, explicando a importância da sua presença e compreensão de cada exercício para poder ser replicado mais tarde ou no dia em que a nossa visita não estivesse programada, tornando-o nosso parceiro nos cuidados.

Contudo, ser parceiro depende da vontade de o ser e da voluntariedade em querer ter uma ação mais ativa no trabalho com a outra pessoa, implicando deixar de fazer pelo outro para poder fazer com o outro, mobilizando aspectos importantes na enfermagem, que se traduzem na relação de parceria, como a partilha, objetivos comuns, interatividade, sinergia e comunicação eficaz (Dinis, 2007). Desta forma, destaca-se o realizado em ECCI e descrito em Apêndice XII. Foram realizados exercícios músculo-esqueléticos articulares ativos assistidos e resistidos dos membros superiores e inferiores e os mesmos foram sempre realizados na presença da filha que demonstrou feedback positivo em relação aos mesmos. Existiu compreensão dos ensinamentos efetuados por parte da filha e utente ao longo das visitas conseguia ir reproduzindo alguns exercícios da visita anterior. Mantiveram-se cuidados de reabilitação e reforço de ensinamentos já referidos ao longo das visitas, sendo que todos os exercícios foram realizados sempre com supervisão e apoio. Foi aqui entregue um suporte de imagens com exemplo dos exercícios efetuados, em formato papel que foi validado com a filha, exemplificando cada exercício e como os efetuar, validando a sua compreensão (Apêndice XIII). A pessoa no início das visitas tinha uma participação reduzida nas AVD, os cuidados de higiene eram prestados no leito, sem participação da pessoa., tendo sido informada a filha da importância da participação do pai, como lavar a metade superior do corpo mesmo durante o banho no leito. Treinado com filha a mobilização da posição de deitado para sentado na cama com carga no cotovelo e transferência para posição de pé com recurso a andarilho e cadeira de rodas, com colaboração e compreensão da pessoa. Inicialmente também não se alimentava sozinho e por vezes fazia refeições no leito, mas à altura da alta alimentava-se sozinho e fazia todas as refeições à mesa da cozinha, tendo sido efetuados ensinamentos à filha da importância em o pai se alimentar sozinho para melhorar em termos de mobilidade e movimentos finos e para a sua sensação de autonomia preservada, assim como para dar descanso ao cuidador em determinadas tarefas. A comunicação foi o meio chave para que todos os processos anteriores acontecessem,

ocorrendo de forma informal e clara, tendo sido sempre esclarecida qualquer ação e questão/dúvida colocada.

Finalizando, destaco que em ECCI os recursos disponíveis não eram os mesmos que em contexto hospitalar, mas com a execução de diferentes técnicas de mecânica corporal, recurso a objetos triviais do dia-a-dia como sacos de arroz, latas de conserva, garrafas de água vazias/cheias para resistir movimentos, cabos de vassoura que funcionassem como bastão, caminhadas pela rua em diferentes declives, escadas, móveis, entre outros, foi possível contornar diferentes situações observadas.

De salientar, que ao longo do ensino clínico não surgiu a oportunidade de trabalhar com pessoas e/ou situações que implicassem uma alteração da linguagem, nomeadamente algum tipo de afasia. Quando observadas situações de alterações da eliminação intestinal e vesical, foram adequadas à pessoa intervenções de enfermagem de reabilitação sobre técnicas comportamentais e uso de laxantes para a reeducação da função. Não houve a abordagem por parte de nenhuma pessoa ou familiar sobre alterações da sexualidade.

### **3.3. Desenvolvimento de competências na área cardio-respiratória**

Orem (2001) refere a manutenção de uma ingestão suficiente de ar como um dos requisitos universais da sua teoria, sendo a avaliação desta capacidade efetuada com base no que o enfermeiro observa e avalia na pessoa. Desta forma, ao longo do ensino clínico a apreciação da pessoa para intervir ao nível da RFR, implicou diferentes etapas, desde a avaliação inicial (história de doença atual, de doença pregressa, terapêutica, familiar e social), a avaliação subjetiva (características e eficácia da tosse, características da expetoração, presença/avaliação da dispneia e presença ou não de toracalgia) e avaliação objetiva, que implica quatro aspetos: (1) inspeção, observar o tórax (respiração, frequência, amplitude e ritmo respiratório, postura e forma), observação da pele (coloração, cicatrizes, eczema) tendo atenção à presença de cianose periférica/central; (2) Palpação do tórax e da traqueia, atendendo há presença de enfisema subcutâneo, temperatura nas regiões

periféricas/centrais e presença de edemas; (3) Percussão, determinando a presença de ar/líquidos/materiais sólidos; (4) Auscultação pulmonar na identificação de sons respiratórios/pulmonares anormais ao nível das grandes vias aéreas. É importante também a avaliação dos sinais vitais, podendo um desvio aos valores normais indicar uma contra-indicação à intervenção do EEER, assim como da saturação periférica de oxigênio, resultados de gasometria arterial, exames laboratoriais e radiografia ao tórax (Cordeiro & Menoita, 2012; Ferreira & Santos, 2016).

Em contexto hospitalar o diagnóstico principal implicava algo neurocirúrgico, que poder-se-ia traduzir em diferentes situações como necessidade de ventilação mecânica prolongada, colocação de traqueostomia, assim como em complicações associadas ao pós-cirúrgico como a pneumonia e/ou síndrome de imobilidade. Ao se tratar de um serviço que incluía três valências como já referido (internamento, unidade de cuidados intermédios e unidade de cuidados intensivos neurocirúrgicos), houve a possibilidade em conhecer as diferentes realidades. No entanto, saliento que a minha presença foi mais assídua no internamento e na unidade de cuidados intermédios por circunstâncias temporais e do próprio serviço, sendo a passagem pela unidade de cuidados intensivos superficial e de curta duração, sem seguimento específico de uma determinada situação e sempre com a supervisão e acompanhamento do EEER orientador. O mesmo deveu-se por se tratar uma realidade diferente, a nível material, dos cuidados à pessoa e de dinâmicas ao que estou familiarizada no meu quotidiano profissional. Mesmo centrando o meu pensamento na enfermagem de reabilitação foi difícil colmatar o défice de conhecimento e experiência da realidade de um serviço de cuidados intensivos (algo muito específico e de grande complexidade) tendo em conta todo o meu percurso profissional e o período de ensino clínico.

Em contexto hospitalar, no contato com a pessoa com pneumonia, a realização de RFR teve sempre em atenção qualquer instabilidade hemodinâmica e a avaliação da pessoa antes de se efetuar qualquer técnica. Aqui os objetivos centraram-se na reexpansão pulmonar do lado afetado, drenagem de secreções, promoção de uma tosse eficaz e reeducação no esforço quando possível. Assim, foram realizadas técnicas de RFR como: correção postural com recurso ao espelho quadriculado, respiração diafragmática, ensino da tosse eficaz, drenagem de secreções com manobras acessórias de vibração, precursão e compressão e drenagem postural

modificada. Foram também efetuados exercícios de expansão torácica com bastão e o ciclo ativo de técnicas respiratórias. Para além dos exercícios mencionados de forma a garantir uma ventilação eficaz, foi sempre objeto de consideração o posicionamento da pessoa em *fowler*, *semi-fowler* e decúbito lateral para o lado não afetado e o levante quando possível. De salientar que a reeducação no esforço foi possível de realizar em contexto de ECCI através de caminhadas realizadas e com o ensino da subida e descida de escadas.

Em enfermaria foi possível o acompanhamento de uma situação com o diagnóstico médico de pneumonia nosocomial após ventilação mecânica prolongada, com colocação de traqueostomia. Neste caso, a pessoa foi acompanhada em todo o processo de RFR, treino de encerramento de traqueostomia e posterior decanulação (Apêndice XIV). A situação, já abordada no subcapítulo anterior, é referente a um adulto de 33 anos com o diagnóstico médico inicial de empiema subdural da convexidade direita por uma pansinusite. Aqui a regularidade de exames complementares de diagnóstico como a radiografia ao tórax, não é uma realidade e consequentemente não nos é possível dirigir a nossa ação tendo esses resultados como base, exigindo uma avaliação rigorosa dos parâmetros já referidos, no planeamento dos cuidados de enfermagem de reabilitação.

Tendo em conta a situação descrita, observou-se na pessoa abertura ocular espontânea com cumprimento de ordens simples mas sem resposta verbal (apenas gesto com o dedo polegar dizendo sim ou não), colaborava nos cuidados dentro da sua possibilidade, sendo que apresentava hemiplegia do hemicorpo esquerdo. Encontrava-se eupneico por traqueostomia, com saturações periféricas na ordem dos 97-98%, sem aporte de oxigénio. Tórax simétrico, sem alterações, deformações e alterações cutâneas. Padrão respiratório com ventilação espontânea, simétrica com uma respiração tipo mista (toraco-abdominal), regular e semi-profunda, com uma frequência respiratória com cerca de 18 ciclos por minuto. Na auscultação pulmonar, sons adventícios tipo roncos em ambos os campos pulmonares a nível apical, com diminuição dos sons respiratórios em ambas as bases pulmonares. Observava-se presença de secreções esbranquiçadas em grande quantidade semifluidas, reflexo de tosse presente mas não eficaz com necessidade de aspiração de secreções. O objetivo aqui, foi ajudar na mobilização e eliminação das secreções brônquicas,

melhorar a ventilação pulmonar, promover a reexpansão pulmonar, melhorando a oxigenação e as trocas gasosas, implicando a diminuição do trabalho respiratório para se efetuar quando possível a troca de cânula para fenestrada e posterior encerramento, progredindo de forma positiva no processo de reabilitação.

Na situação referida, recorreu-se a diferentes ações como, o relaxamento pelo posicionamento reduzindo a tensão psíquica e muscular, controlando a respiração e facilitando também a respiração diafragmática. Optou-se pelo decúbito dorsal com uma almofada a apoiar a cabeça até à raiz das omoplatas e outra na região popliteia ajudando no relaxamento abdominal, sendo uma posição confortável para a pessoa e também não se encontrava dispneico. A consciencialização e controlo da respiração, com inspiração nasal e expiração pela boca, associando a respiração diafragmática com inspirações profundas e expirações lentas. Foi também realizada a reeducação diafragmática, da porção posterior do diafragma e reeducação costal inferior e global associada a automobilizações dos membros superiores, ajudando quer na expansão torácica como na integração do hemicorpo esquerdo. Incentivou-se a limpeza das vias aéreas de forma eficaz, através da tosse assistida ajudando na mobilização das secreções para a traqueia pelo aumento da velocidade do ar que é expirado, sendo também associada a drenagem postural modificada, não se escolhendo a clássica pelo risco associado de aumento da pressão intracraniana e o recurso a manobras acessórias, percussões, compressões e vibrações. Pelo descrito anteriormente e coadjuvando as diferentes técnicas de forma consistente e regular foi possível a diminuição de secreções brônquicas e consequente necessidade de aspiração brônquica, melhorando a auscultação pulmonar sem ruídos adventícios com murmúrio vesicular mantido ao longo dos dias. Como tal, conseguiu-se a decanulação da traqueostomia ao fim de oito dias de internamento na enfermaria, tendo sido iniciado processo de clampagem da mesma ao 3º dia, com tolerância, com reflexo de tosse eficaz na mobilização das secreções das vias aéreas inferiores para as superiores e consequente eliminação pela cavidade oral/deglutição das mesmas.

Por outro lado, em contexto da comunidade a população que ingressava na equipa era maioritariamente idosa, por situações decorrentes de um internamento prolongado por diagnósticos como pneumonia, mas que por diferentes patologias associadas já de base como Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC), alterações

cardíacas, AVC, entre outras, careciam da nossa parte intervenção em diferentes pontos.

Foi então possível o contato com a pessoa com DPOC, aqui a abordagem da RFR implicou também o ensino e ajuda na gestão do regime terapêutico e oxigenoterapia. Aqui as intervenções centraram-se na prevenção e correção postural, o controlo e dissociação dos tempos respiratórios, respiração abdomino-diafragmática ensinando a pessoa a recrutar o diafragma para diminuir o trabalho respiratório e a dispneia, treino e ensino da expiração com os lábios semi-cerrados para ajudar na dispneia melhorando as trocas gasosas, quer em repouso quer na realização das AVD coadjuvando a respiração diafragmática. Sendo a dispneia um dos sinais mais vivenciados pela pessoa com DPOC, foram ensinadas e treinadas posições de descanso e relaxamento que ajudam no controlo da mesma, melhorando a ventilação pulmonar e técnicas de conservação de energia (tomar banho sentada no banco, higiene matinal sentada, uso de sapatos sem atacadores, calçar e descalçar-se sentada, subir escadas degrau a degrau).

Ainda em contexto de ECCI, na pessoa com DPOC tabágica, com o diagnóstico de neoplasia do pulmão à direita, com metastização cerebral, situação já referida anteriormente, foi encaminhada para a equipa para reabilitação e cuidados paliativos. Aqui foram adequadas técnicas de RFR em conjunto com a EEER orientadora (Apêndice VII; Apêndice XV). Foram realizadas técnicas de consciencialização e controlo da respiração (expiração com os lábios semicerrados e respiração diafragmática). A reeducação diafragmática foi efetuada associando o relaxamento e dissociação dos tempos respiratórios, uso de estimulação tátil com a colocação da mão no abdómen e acompanhando a dinâmica diafragmática na posição de sentada e em decúbito dorsal no leito, com flexão na expiração e extensão na inspiração da articulação coxofemural. A reeducação costal global foi efetuada com bastão (cabo de vassoura) pela abertura costal seletiva sentada e no leito. Foi igualmente realizado o ensino da tosse dirigida. Os cuidados foram ajustados à pessoa e sua capacidade de participação nos mesmos, tendo em conta a fadiga, dispneia e dor referida.

Apesar de diferentes autores referirem que a RFR na pessoa com neoplasia do pulmão pode estar contraindicada (Cordeiro & Menoita, 2012; Heitor, Canteiro,

Ferreira, Olazabal, & Maia, 1988) é ao mesmo tempo uma temática em constante desenvolvimento e entende-se cada vez mais que as intervenções do EEER podem vir a ajudar na prevenção da deterioração física e psicológica da pessoa maximizando assim a sua independência e funcionalidade. Assim a cooperação entre os cuidados paliativos e cuidados de enfermagem de reabilitação podem implicar na pessoa a melhoria na qualidade de vida e no bem-estar físico e psicológico. Entende-se na abordagem da pessoa com neoplasia do pulmão o ensino de técnicas de descanso e relaxamento, consciencialização e controlo da respiração e o incentivo à atividade, de forma a diminuir a tensão psíquica e muscular, prevenindo e corrigindo alterações ventilatórias, melhorando assim a ventilação da pessoa, como mais-valias diminuindo situações de angústia e desconforto (Cordeiro & Menoita, 2012; Granger, 2016). Neves (2013), na sua tese de mestrado sobre reabilitação respiratória na pessoa com neoplasia do pulmão, refere a importância do exercício no controlo sintomático, sendo seguro para a pessoa com neoplasia do pulmão, observando-se um efeito positivo na capacidade funcional da pessoa atenuando sintomas como a dispneia e fadiga e promovendo a tolerância ao exercício/esforço.

Ainda tendo em conta a situação anterior, a pessoa foi referindo ao longo das nossas visitas, sensação de fadiga, falta de energia, dor e sensação de cansaço respiratório. O referido pela pessoa foi sempre o foco para a nossa ação em todas as nossas visitas e como tal descrevo em seguida o efetuado de uma forma geral: (1) Fadiga: Nas diferentes visitas foi sempre gerida a sua sensação de fadiga. Os exercícios foram ajustados em tempo, local e intensidade, recorrendo-se à realização de técnicas no leito, sentada ou mesmo interrompendo a sessão, encaminhando-a ao local onde referia estar mais confortável para descansar. A adoção de posições de descanso foram validadas, assim como o número de horas de sono do dia referente à visita. (2) Dor: Em algumas visitas foi referida dor (tipo cefaleia), sendo sempre validada a mesma em todos os contactos (pela escala numérica da dor). Foi sempre reforçada a importância em tomar a medicação analgésica em SOS, não deixando que atinja um limiar de dor insuportável registando quantas vezes a faz por dia, para uma eventual articulação com a médica da Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos. Os exercícios foram ajustados à dor referida, sendo realizados no leito com recurso a exercícios de relaxamento, posicionamento ou mesmo

interrompendo a sessão. (3) Dispneia: Proporcionado sempre um ambiente calmo, o relaxamento, escuta ativa, suporte emocional, posição de conforto, descanso/dosear o esforço. Das técnicas mais utilizadas lista-se a consciencialização dos tempos respiratórios, a respiração diafragmática e posições de descanso.

Foi também possível o contato na ECCI, com uma situação em que o motivo de admissão da pessoa tinha sido para reabilitação após internamento por AVC. Entretanto, durante o tempo que foi acompanhado houve marcação de cirurgia cardíaca por patologia mitral grave. Aqui foi realizado o acompanhamento tendo em conta a situação de AVC e sequelas apresentadas, como o ensino e treino tendo em conta a RFR no pré-operatório. Nos diferentes contatos os objetivos centraram-se na pessoa e sua cuidadora informal, consciencializando-os, tranquilizando-os e preparando-os para a intervenção e suas implicações no pós-operatório. Incidiu-se no ensino de posições de descanso e relaxamento, consciencialização dos tempos respiratórios e controlo da respiração, respiração abdomino-diafragmática, ensino da tose com contenção da sutura operatória, mudança de posição e mobilizações ativas/resistidas e correção postural.

Destaco por fim que em ambos os contextos foram efetuados registos de enfermagem de reabilitação, que evidenciaram a nossa ação, no programa *Sclinik*, utilizando focos referentes e parametrizados nos serviços, para as diferentes situações. Os principais focos utilizados foram: autocuidados (comer, beber, higiene, uso do sanitário e vestuário), Andar, Comunicação, Défice sensorial, Deglutição, Equilíbrio corporal, Espasticidade, Expetorar, Limpeza das vias aéreas, Movimento muscular, Pé equino, Posicionar-se, Rigidez articular, Transferir-se e Ventilação. Em ECCI foram efetuadas avaliações de enfermagem de reabilitação, iniciais, mensais e no momento da alta e registadas na plataforma *on-line* da RNCCI.

## 4. CONCLUSÃO

O presente relatório incidiu na intervenção do EEER na pessoa com alteração da deglutição, não descurando as restantes áreas da enfermagem de reabilitação. Com vista à descrição, análise e reflexão de atividades realizadas ao longo deste percurso, para a aquisição de competências como aluna de enfermagem de reabilitação, para “trabalhar para que as pessoas e as populações atingidas por determinada deficiência ou incapacidade, se tornem o mais independente possível perante as situações que encontram ou irão encontrar no quotidiano (...)” (Hesbeen, 2003, p. 54).

Uma alteração da deglutição implica na pessoa alterações físicas e fisiológicas, que causam dependência, mas também psicológicas com a necessidade de gerir sentimentos de vergonha, medo e desconforto, originando crises biopsicossociais que podem levar ao isolamento social. Desta forma, o EEER detém um papel relevante intervindo na pessoa e família que necessitam de gerir uma alteração desta natureza, promovendo a qualidade de vida, bem-estar, autonomia e AC da pessoa. Traduzindo-se num interesse pela pessoa, na sua globalidade e não apenas no problema inicial naquele momento, permitindo assim que “ (...) os gestos executados sejam sensatos, isto é, que façam sentido para a pessoa a que se dirigem, que respeitem a sua vontade, os seus limites e os seus recursos.” (Hesbeen, 2003, p. 35). Para tal, é importante a presença do EEER no quotidiano dos cuidados, onde possa colaborar com a restante equipa multidisciplinar, na planificação dos cuidados de enfermagem de reabilitação, garantindo assim a qualidade dos mesmos.

A possibilidade em integrar estágios durante este período de formação avançada foi fundamental no desenvolvimento de competências. Permitiu o contato com a realidade da ação do EEER, podendo assim aprender novos conceitos e experiências, pelo contato com os diferentes diagnósticos observados de enfermagem de reabilitação e com a experiência dos EEER orientadores. Adequar o nosso cuidar a cada situação, pessoa e seu contexto atual e futuro, visualizando os cuidados com o espírito da reabilitação, possibilitou ir ao encontro das diferentes necessidades observadas, intervindo atenuando limitações e/ou incapacidades. Este período em

ensino clínico comportou dois contextos distintos, hospitalar e comunitário ao longo de 18 semanas.

Durante o período referido, foi possível um olhar específico e direcionado sobre a avaliação necessária por parte do EEER antes de qualquer planificação ou ação com a pessoa, nomeadamente na avaliação da deglutição. Foi identificado que muitas das vezes não é realizada uma avaliação prévia pelo EEER antes de qualquer tentativa de alimentação via oral, sendo este um ponto de preocupação na minha ótica e na da equipa que integrei a nível hospitalar. O mesmo acontece porque os enfermeiros adquirem diferentes estratégias e conhecimentos na promoção do AC da alimentação, mas diversas vezes a sua relação com a deglutição, não está estabelecida no seu quotidiano profissional, por não possuírem as ferramentas necessárias para identificar alterações, ou sinais de comprometimento desta função (Januário, 2012; Glenn-Molali, 2011). Como tal, é essencial que quando presente numa equipa, o papel do EEER com competências na área, seja cada vez mais ativo e direcionado, garantindo a qualidade e a segurança dos cuidados prestados à pessoa, estabelecendo orientações autónomas para a reeducação da deglutição, com recurso a técnicas posturais, manobras compensatórias, estimulação sensorial e exercícios de amplitude de movimentos e fortalecimento muscular, consoante a fase e região afetada.

Desta forma, garantindo a nossa autoformação que permita conseqüentemente a formação da restante equipa sobre sinais de alerta, patologias associadas e medidas a tomar, é o caminho necessário de percorrer, visto que os enfermeiros são os profissionais mais bem posicionados para descobrir uma alteração ou situação de alerta. Será então importante garantir que a equipa seja capaz de identificar sinais de disfagia e relacionar a sua provável presença com as patologias/lesões frequentes. Podendo assim, rapidamente gerir a sua ação com a do EEER e outros profissionais competentes, permitindo que seja efetuada uma avaliação adequada e precoce da pessoa, antes de se fornecer alimentos por via oral, mantendo neste intervalo de tempo a alimentação por via entérica (Braga, 2016).

O contato com a pessoa com alteração da deglutição foi possível principalmente em contexto hospitalar, observando alterações nas diferentes fases da deglutição, nomeadamente na fase oral preparatória e oral. A ação do EEER é aqui

fundamental no processo de reabilitação desde o diagnóstico até à preparação da pessoa para uma ingestão de alimentos segura via oral. Assistir a pessoa com risco de deglutição comprometida, avaliando e intervindo com técnicas de reeducação da deglutição foi uma mais-valia na minha formação como aluna de enfermagem de reabilitação, prevenindo complicações e reeducando a função, possibilitando na pessoa a diminuição do tempo com SNG e do período sem alimentação via oral (Braga, 2016).

A avaliação e identificação de alterações da deglutição, por parte do EEER, irá permitir tomar decisões atempadas e baseadas em evidência científica válida e atual para a ingestão segura de alimentos, reduzindo o risco de complicações associadas, como o risco de aspiração, alterações na cavidade oral, dificuldades na ingestão alimentar via oral, presença de SNG e psicossociais (Beavan, 2015). Como tal, a ação diária do EEER traduz-se em diferentes benefícios, na qualidade de vida e prognóstico da pessoa que recebe e aceita os cuidados prestados, permitindo também a aquisição de conhecimentos e experiências para o seu desenvolvimento pessoal e profissional.

Torna-se assim necessária a existência em variedade e qualidade de dados científicos, que comprovem os resultados da intervenção do EEER na pessoa com alteração da deglutição, evidenciando a importância da identificação, avaliação e intervenção, que por sua vez se irá traduzir em ganhos em saúde na pessoa e instituição, pela redução de custos decorrentes das complicações associadas. Seria essencial um incentivo das organizações permitindo e possibilitando um papel ativo e recorrente do EEER nos diferentes serviços integrando assim a equipa multidisciplinar na tomada de decisão.

Por outro lado, em comunidade não foi possível um contato direto com situações que implicassem uma alteração da deglutição, tornando-se uma fonte de aprendizagem a outros níveis da enfermagem de reabilitação. Foi uma mais-valia extrema poder integrar o dia-a-dia da ECCI, conhecer, compreender e integrar o trabalho realizado, por vezes com recursos humanos e materiais limitados. Tornou-se num contexto bastante enriquecedor quer ao nível da reabilitação sensório-motora após um AVC ou por um período de tempo prolongado de imobilidade após internamento hospitalar, como ao nível da RFR em situações de pneumonia e DPOC. Foi aqui possível compreender a diferença que estes cuidados especializados podem

fazer na pessoa e cuidador informal no seu ambiente, gerindo expectativas, realidades e meios de ação. Dirigidos quer à pessoa e cuidador informal, os cuidados implicaram gerir a “entrada na casa do outro” e tudo o que isso envolve, sendo uma adaptação constante e que todos os dias foi evoluindo de acordo com as suas dinâmicas e expectativas.

Destaco como resultados significativos da minha intervenção nesta etapa e referidos ao longo do presente relatório, a situação de um casal de idosos, em que a esposa estava em ECCI após um longo internamento hospitalar por pneumonia e derrame pleural, melhorou ao longo das nossas visitas em termos de força muscular, equilíbrio e marcha, promovendo a sua autonomia nas diferentes AVD e diminuindo a carga imposta ao cuidador informal. Outra situação que destaco é de uma pessoa que após internamento por AVC e outras complicações associadas, teve uma evolução positiva em termos de força muscular, equilíbrio estático e dinâmico sentado e de pé e marcha com canadiana, que possibilitou após diferentes visitas o treino de subida e descida de escadas, conseguindo a sua deslocação até à rua como era o seu objetivo. Realço igualmente a situação acompanhada em ECCI que implicou a interligação dos cuidados de enfermagem de reabilitação com os cuidados paliativos, conseguindo a cada dia a gestão da nossa ação com o que observamos no dia da visita, gerindo sintomas e ao mesmo tempo as suas necessidades pessoais. Aqui a entrega de um guia de exercícios faciais, pela presença de parésia facial, possibilitou um momento de concentração e de atividade para a pessoa na realização dos mesmos, sem a nossa presença, após ensino e explicação.

Tendo em conta a deglutição e sua alteração, não existiu a oportunidade de trabalhar a temática na profundidade desejada ou inicialmente ambicionada, na medida em que não foi possível a observação de alterações específicas da fase faríngea da deglutição, que permitissem adequar diferentes técnicas posturais e de estimulação sensorial, manobras compensatórias da deglutição e exercícios dirigidos na reeducação da deglutição, consoante a avaliação efetuada. Contudo, foi possível avaliar a pessoa e delinear um plano de reabilitação para promover a reeducação da deglutição, com técnicas e estratégias adequadas, a alterações na fase preparatória oral e oral. Destaco por fim que a possibilidade em participar no curso de MT e BNM permitiu cimentar conhecimentos em outras técnicas não vulgarmente utilizadas nos

cuidados de enfermagem de reabilitação, mas que ao me debruçar na temática entendi a sua dimensão e aplicabilidade no quotidiano da reabilitação e da temática do relatório como realçado ao longo do mesmo.

A possibilidade de observar e avaliar cada situação na sua singularidade, definindo objetivos atingíveis e validados com a pessoa e sua família, foi sempre uma preocupação constante ao longo deste percurso. A aprendizagem e o desenvolvimento de competências tendo como base a enfermagem de reabilitação e o cuidar da pessoa nessa perspectiva, foram sempre pontos de referência e que ao longo do tempo de uma forma automática foram-se transpondo para o quotidiano da minha ação. Foram considerados durante a ação como base de sustentação, os focos de enfermagem definidos no âmbito da enfermagem de reabilitação, sendo fundamentais para a delimitação de planos de cuidados individuais e específicos. O ensino da pessoa e família foi sempre uma preocupação, tendo sido possível em ECCI dar ênfase à nossa ação a este nível, observando e identificando recursos disponíveis no seio familiar e comunitário e barreiras arquitetónicas e como poderiam ser excluídas, prevenindo consequências indesejadas e promovendo a autonomia da pessoa. A aplicação de princípios e valores éticos, na prática diária com a pessoa e família foram foco da ação diária, e assim todas as atividades planeadas foram desenvolvidas consoante as suas necessidades atendendo sempre à sua singularidade e globalidade como ser humano.

Como aspetos positivos realço as inúmeras ações praticadas, com as diferentes pessoas que fui encontrando ao longo deste percurso, como já referido, que proporcionaram mesmo que de forma inconsciente da sua parte, o meu desenvolvimento pessoal e profissional. Na mesma linha de pensamento, os conhecimentos teóricos adquiridos em contexto académico, ao longo das unidades curriculares, permitiram alicerçar o conhecimento em evidência científica para a delimitação de objetivos e estruturação de atividades nas diferentes fases deste processo de formação avançada. Saliento de igual forma, a experiência consolidada em ensino clínico com o apoio e supervisão dos EEER orientadores, como uma mais-valia em colmatar dificuldades em áreas onde sentia algumas limitações como o caso da RFR, em termos de técnicas e auscultação pulmonar, na implementação do projeto de estágio e consequentemente na minha evolução como futura EEER. Por fim,

entendo também como ponto positivo a integração em ECCI, por ter sido sentida de forma diferente, como algo intelectualmente refrescante, no que respeita à enfermagem de reabilitação, pela possibilidade de uma visão diferente e abrangente de outros aspetos que muitas das vezes “fogem” do meu campo de visão a nível hospitalar. Mesmo não existindo a possibilidade de implementar a temática do projeto delineado, foi um período repleto de aprendizagens significativas em outros níveis da enfermagem de reabilitação, como já referido.

Como dificuldades sentidas destaco, a necessidade de voltar à modalidade de ensino clínico, desta vez como enfermeira licenciada, ao ser considerado mesmo que por curtos momentos, como uma sensação de recomeço, mas desta vez, com outros conhecimentos e experiências, que poderiam ter tornado mais complicado em gerir determinadas situações. Na medida em que, voltaria à posição de iniciada, como sugerido por Benner, pois trata-se novamente de uma situação de aprendizagem inicial que implica o desenvolvimento de novas competências, que está dependente das situações e contextos e não apenas da experiência previamente adquirida (Benner, 2001). Esta situação originou sentimentos outrora sentidos e vividos como estudante de enfermagem, mas que ao mesmo tempo se dispersaram no interesse que emerge dos novos conhecimentos e experiências, que me direcionou a novas aprendizagens e ao desenvolvimento de competências necessárias.

Igualmente como dificuldade evidencio, a gestão de tempo (horas de estágio, no local de trabalho, de estudo autónomo, de concretização de trabalhos e de carácter pessoal), tendo sido grande o esforço em organizar e distribuir o tempo disponível pelas diferentes tarefas necessárias. Ao mesmo tempo existiu uma limitação em termos de situações observadas em tempo de estágio programado, com a temática do projeto na sua especificidade e em determinadas áreas específicas da enfermagem de reabilitação, que implicará uma melhoria futura da minha parte. Em hospital apesar de integrada na equipa, considero que foi algo mais complicado em gerir, face à integração em ECCI, sendo contraditório ao que idealizava antes de iniciar este projeto, tendo em conta a minha inexperiência profissional na área dos cuidados de saúde primários, na medida em que exerço funções em contexto hospitalar num serviço de internamento. Este facto ocorreu pela necessidade de integração na dinâmica quer da equipa de enfermagem, como também na dinâmica da restante

equipa multidisciplinar, equipe médica, assistentes operacionais e equipa de fisioterapia que continha um papel bastante ativo no internamento. Necessitei de realçar o meu papel naquele momento como aluna de enfermagem de reabilitação, que já é licenciada, implicando em diferentes situações a definição da minha presença naquele local com a posição referida, lembrando o meu papel e nível atual como enfermeira em formação avançada no âmbito da enfermagem de reabilitação.

Não foi um processo fácil, envolto em algumas incertezas, misto de emoções, momentos de grande cansaço, inquietação e grande capacidade de gestão de tempo profissional, escolar e familiar e entendo que se mantenha ao longo da minha vida profissional como caminho que necessita de ser trilhado a cada dia. Os contratempos encontrados garantem de certa forma a visibilidade da minha ação como futura EEER na pessoa e família, transmitindo acima de tudo o valor da nossa presença nos cuidados como uma mais-valia, permitindo “ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas a maximizar o seu potencial funcional e independência.” (Ordem dos Enfermeiros, 2010a, p. 1). Apesar de ter sido um percurso árduo, entendo que os obstáculos ultrapassados foram importantes no meu desenvolvimento pessoal e profissional, consolidando a minha identidade na enfermagem em bases sólidas, que me possibilitarão um crescimento contínuo, que irá emergir continuamente na perspetiva da enfermagem de reabilitação.

Como perspetiva futura e dando continuidade ao percurso iniciado, seria pertinente exercer funções na minha realidade profissional como EEER, o que por vezes se torna complexo por constrangimentos humanos e financeiros. Mesmo assim, todos os dias são realizados esforços contrários, observando-se pequenos avanços e como tal, entendo vir a participar no seio do grupo e projeto em formulação no serviço onde exerço funções, que inclui a formulação de uma equipa de enfermagem de reabilitação.

Em suma, este percurso e tudo o que envolveu, não compreende o fim de uma etapa, mas sim, o alcance de uma meta, que visa a continuidade deste caminho que iniciou com a licenciatura e que agora se direcionou para a especificidade da enfermagem de reabilitação, que me irá possibilitar a reformulação do meu papel na minha realidade, com a pessoa, família e equipa multidisciplinar, ajudando a alicerçar os cuidados prestados na qualidade e segurança necessária.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, I., & Roldão, M. C. (2010). *Supervisão - Um contexto de desenvolvimento profissional dos professores* (2ª ed.). Mangualde: Edições Pedagogo, LDA.
- Bae, Y. (2014). Change the myofascial pain and range of motion of the temporomandibular joint following kinesio taping of latent myofascial trigger points in the sternocleidomastoid muscle. *Journal of Physical Therapy Science*, 26(9), 1321-1324. DOI:10.1589/jpts.26.1321.
- Beavan, J. (2015). Update on management options for dysphagia after acute stroke. *British Journal of Neuroscience Nursing*, 11(2), 10-19. DOI:10.12968/bjnn.2015.11.Sup2.10.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto.
- Braga, R. (2016). Avaliação da função deglutição. In C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 181-188). Loures: Lusodidacta.
- Caldeira, S. (2016). A espiritualidade nos cuidados de enfermagem de reabilitação. In C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 41-46). Loures: Lusodidacta.
- Canadian Nurses Association. (2008). *Advanced nursing practice - A national framework*. Ottawa: Canadian Nurses Association. Obtido em 15 de Novembro de 2015, Disponível em: [https://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-en/anp\\_national\\_framework\\_e.pdf](https://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-en/anp_national_framework_e.pdf)
- Cardoso, A., Raíno, J., Quitério, P., Cruz, V., Magano, A., & Catro, M. (2011). Avaliação clínica não-invasiva de disfagia no AVC – Revisão sistemática. *Revista de Enfermagem Referência*, 5, pp. 135-143. DOI:10.12707/RIII1106.
- Chichero, J., Heaton, S., & Basset, L. (2009). Triaging dysphagia: nurse screening for dysphagia in an acute hospital. *Journal of Clinical Nursing*, 18(11), 1649-1659. DOI:10.1111/j.1365-2702.2009.02797.x.

- Chin, P. A., Finocchiaro, D., & Rosebrough, A. (1998). *Rehabilitation nursing practice*. New York: McGraw-Hill.
- Cordeiro, M. C., & Menoita, E. C. (2012). *Manual de boas práticas na reabilitação respiratória - Conceitos, princípios e técnicas*. Loures: Lusociência.
- Costa, A., & Othero, M. B. (2014). *Reabilitação em cuidados paliativos*. Loures: Lusodidacta.
- Costa, R., Azevedo, C. G., & Silvestre, S. (2016). Biomecânica. In M. J. Lourenço, Ó. Ferreira, & C. L. Baixinho, *Terapêutica de posição - Contributo para um cuidado de saúde seguro*. Loures: Lusodidacta.
- Deodato, S. (2016). Ética nos cuidados de enfermagem de reabilitação. In C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 35-39). Loures: Lusodidacta.
- Di Pede, C., Mantovani, M., Del Felice, A., & Masiero, S. (2016). Dysphagia in the elderly: focus on rehabilitation strategies. *Aging Clinical and Experimental Research*, 28(4), pp. 607-617. **DOI:**10.1007/s40520-015-0481-6.
- Dinis, R. P. (2007). A família do idoso internado: O parceiro esquecido?! In I. Gomes, *Parceria e cuidado de enfermagem - Uma questão de cidadania* (pp. 116-154). Coimbra: Formasau.
- Direcção Geral de Saúde. (2010). *Acidente vascular cerebral - Itinerário clínicos*. Lisboa: Lidel.
- Domingos, A., & Veríssimo, D. (2014). *Cuidados à pessoa com deglutição comprometida*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Obtido em 20 de Maio de 2016, Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/projectos/Documents/Projetos\\_Melhoria\\_Qualidade\\_Cuidados\\_Enfermagem/CHMedioTejo\\_ProjetoDegluticao.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/projectos/Documents/Projetos_Melhoria_Qualidade_Cuidados_Enfermagem/CHMedioTejo_ProjetoDegluticao.pdf)
- Donovan, N., Daniels, S., Edmiaston, J., Weinhardt, J., Summers, D., & Mitchell, P. (2012). Dysphagia screening: State of the art. *American Heart Association*, 44(4), pp. e24-e30. **DOI:**10.1161/STR.0b013e3182877f57.

- Dundas, J., & Chappell, K. (2011). Assessment, interpretation and management of altered speech and swallowing. Em S. Woodward, & A.-M. Mestecky, *Neuroscience Nursing Evidence-Based Practice* (pp. 176-192). United Kingdom: Wiley-Blackwell. Obtido em 16 de Abril de 2016, Disponível em: [https://books.google.pt/books?id=ofB\\_xErzJwC&pg=PT341&lpg=PT341&dq=Assessment,+interpretation+and+management+of+altered+speech+and+swallowing&source=bl&ots=RpikMYECwG&sig=hOE4pq-HSGZG9j\\_1SBqPh26fEDQ&hl=pt-PT&sa=X&ved=0ahUKEwjHzazntMvYAhVMnRQKHdbDCLUQ6AEI](https://books.google.pt/books?id=ofB_xErzJwC&pg=PT341&lpg=PT341&dq=Assessment,+interpretation+and+management+of+altered+speech+and+swallowing&source=bl&ots=RpikMYECwG&sig=hOE4pq-HSGZG9j_1SBqPh26fEDQ&hl=pt-PT&sa=X&ved=0ahUKEwjHzazntMvYAhVMnRQKHdbDCLUQ6AEI)
- Ferreira, D., & Santos, A. (2016). Avaliação da pessoa com patologia respiratória. In C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 167-180). Loures: Lusodidacta.
- Flannery, J., & Bulecza, S. (2010). Problemas vasculares e degenerativos do cérebro. In F. D. Monahan, J. K. Sands, M. Neighbors, J. F. Marek, & C. J. Green, *Phipps enfermagem médico-cirúrgica - Perspectivas de saúde e doença* (8ª ed., Vol. III, pp. 1463-1501). Loures: Lusodidacta.
- Forsyth, L. W., & Garnett, J. C. (2010). Problemas neoplásicos e traumáticos do cérebro. In F. D. Monahan, J. K. Sands, M. Neighbors, J. F. Marek, & C. J. Green, *Phipps enfermagem médico-cirúrgica - Perspectivas de saúde e doença* (8ª ed., Vol. III, pp. 1419-1462). Loures: Lusodidacta.
- French, B., Powell-Viden, B., & Martino, R. (2016). *Management of dysphagia in stroke - An educational manual for the dysphagia screening professional in the long-term care setting*. Toronto: Swallowing Lab, University Health Network. Obtido em 20 de Dezembro de 2016, Disponível em: [http://swallowinglab.uhnres.utoronto.ca/Dysphagia\\_LTC.pdf](http://swallowinglab.uhnres.utoronto.ca/Dysphagia_LTC.pdf)
- Fritz, S. (2016). *Mosby's fundamentals of therapeutic massage* (6th ed.). St. Louis, Missouri: Elsevier. Obtido em 2 de Dezembro de 2016, Disponível em: [https://books.google.pt/books?id=bnWKCwAAQBAJ&printsec=frontcover&redir\\_esc=y#v=onepage&q&f=false](https://books.google.pt/books?id=bnWKCwAAQBAJ&printsec=frontcover&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false)

- Garcia, J., & Chambers, E. (2010). Managing dysphagia through diet modifications. *American Journal of Nursing*, 110(11), pp. 26-33. DOI:10.1097/01.NAJ.0000390519.83887.02.
- Garuti, G., Reverberi, C., Briganti, A., Massobrio, M., Lombardi, F., & Lusiardi, M. (2014). Swallowing disorders in tracheostomised patients: A multidisciplinary/multiprofessional approach in decannulation protocols. *Multidisciplinary Respiratory Medicine*, 9(1):36, 1-10. DOI:10.1186/2049-6958-9-36.
- Glenn-Molali, N. H. (2011). Alimentação e deglutição. In S. P. Hoeman, *Enfermagem de reabilitação - Prevenção, intervenção e resultados esperados* (4ª ed., pp. 295-317). Loures: Lusodidacta.
- Gomes, I. D. (2007). O conceito de parceria na interacção enfermeiro/doente idoso - Da submissão à acção negociada. In I. Gomes, *Parceria e cuidado de enfermagem - Uma questão de cidadania* (pp. 68-113). Coimbra: Formasau.
- Gómez, E. A. (2012). Kinesio taping – Vendaje neuromuscular. História, técnicas y posibles aplicaciones. *Revista de Educación Física*, 1(1), 15-24. Obtido em 14 de Outubro de 2016, Disponível em: <http://www.chs.com.pt/uploads/artigo-bandas-1.pdf>
- González-Fernández, M., & Daniels, S. K. (2008). Dysphagia in stroke and neurologic. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America*, 19 (4), pp. 867-888. DOI:10.1016/j.pmr.2008.07.001.
- Granger, C. L. (2016). Physiotherapy management of lung cancer. *Journal of Physiotherapy*, 62(2), 60-67. DOI:10.1016/j.jphys.2016.02.010.
- Groher, M., & Crary, M. (2016). *Dysphagia: Clinical management in adults and children* (2ª ed.). Missouri: Elsevier. Obtido em 20 de Maio de 2016, Disponível em: [https://books.google.pt/books?id=qPBwCgAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=pt-PT&source=gbs\\_ge\\_summary\\_r&cad=0#v=onepage&q&f=false](https://books.google.pt/books?id=qPBwCgAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=pt-PT&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false)
- Heitor, M. C., Canteiro, M. C., Ferreira, J. M., Olazabal, M., & Maia, M. O. (1988). *Reeducação funcional respiratória* (2ª ed.). Lisboa: Broehring Ingelheim.

- Heo, S. Y., & Kim, K. M. (2015). Immediate effects of kinesio taping on the movement of the hyoid bone and epiglottis during swallowing by stroke patients with dysphagia. *Journal of Physical Therapy Science*, 27(11), 3355-3357. DOI:10.1589/jpts.27.3355.
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no hospital*. Loures: Lusociência.
- Hesbeen, W. (2003). *A reabilitação - Criar novos caminhos*. Loures: Lusociência.
- Hinchey, J. A., Shephard, T., Furie, K., Smith, D., & Wang, D. (2005). Formal dysphagia screening protocols prevent pneumonia. *Stroke*, 36(9), pp. 1972-1976. DOI:10.1161/01.STR.0000177529.86868.8d.
- Hine, S., Wallace, K., Crowe, L., Finlayson, K., Chang, A., & Pattie, M. (2010). Identification and nursing management of dysphagia in individuals with acute neurological impairment (update). *The Joanna Briggs Institute Library of Systematic Reviews*, 8(6), 255-301.
- Hoeman, S. P. (2011). *Enfermagem de reabilitação - Prevenção, intervenção e resultados esperados* (4ª ed.). Loures: Lusodidacta.
- Hoeman, S. P., & Capello, T. P. (2011). Cultura e sistemas médicos: Padrões de saúde convencionais, alternativos e complementares. In S. P. Hoeman, *Enfermagem de reabilitação - Prevenção, intervenção e resultados esperados* (4ª ed., pp. 73-92). Loures: Lusodidacta.
- Januário, J. (2012). Treino da capacidade de autocuidado centrado na deglutição. In P. J. Queirós, *Enfermagem de nightingale aos dias de hoje 100 anos* (pp. 303-319). Braga: Candeias Artes Gráficas.
- Juan, J., Hind, J., Jones, C., McCulloch, T., Gangnon, R., & Robbins, J. (2013). Case study: Application of isometric progressive resistance oropharyngeal therapy using the madison oral strengthening therapeutic device. *Top Stroke Rehabilitation*, 20(5), pp. 1-30. DOI:10.1310/tsr2005-450.
- Kisner, C., & Colby, L. A. (2009). *Exercícios terapêuticos: Fundamentos e técnicas* (5ª ed.). São Paulo: Manole.

- Koidou, I., Kollias, N., Sdravou, K., & Grouios, G. (2013). Dysphagia: A short review of the current state. *Educational Gerontology*, 39(11), pp. 812-827. **DOI:**10.1080/03601277.2013.766518.
- Lab Swallowing. (2016). Management of Dysphagia in Stroke: An Educational Manual for the Dysphagia Screening Professional. Toronto. Obtido em 22 de Fevereiro de 2017, Disponível em: [http://swallowinglab.uhnres.utoronto.ca/Dysphagia\\_LTC.pdf](http://swallowinglab.uhnres.utoronto.ca/Dysphagia_LTC.pdf)
- Lazarus, C. L. (2017). History of the use and impact of compensatory strategies in management of swallowing disorders. *Dysphagia*, 32 (1), 3-10. **DOI:**10.1007/s00455-016-9779-6.
- Le Boterf, G. (1999). *Compétence et navigation professionnelle* (2<sup>a</sup> ed ed.). Paris: Éditions d'Organisation.
- Lin, C., Wu, W., Chang, K., Lin, H., & Chou, L. (2016). Application of kinesio taping method for newborn swallowing difficulty: A case report and literature review. *Medicine*, 96(31):e4458, 1-3. **DOI:**10.1097/MD.0000000000004458.
- Logemann, J. A. (2010). Mechanisms of normal and abnormal swallowing. In M. Richardson, P. Flint, B. Haughey, V. Lund, J. Niparko, K. Robbins, . . . M. Lesperance, *Cummings otolaryngology - Head and neck surgery* (5th ed.). Philadelphia: Mosby Elsevier. Obtido em 20 de Março de 2017, Disponível em: [https://books.google.pt/books?id=FxUgUBVBmUUC&printsec=frontcover&hl=pt-PT&source=gbs\\_ge\\_summary\\_r&cad=0#v=onepage&q&f=false](https://books.google.pt/books?id=FxUgUBVBmUUC&printsec=frontcover&hl=pt-PT&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false)
- Lourenço, M. J., Ferreira, Ó., & Baixinho, C. L. (2016). *Terapêutica de posição - Contributo para um cuidado de saúde seguro*. Loures: Lusodidacta.
- Malhi, H. (2016). Dysphagia: Warning signs and management. *British Journal of Nursing*, 25(10), 546-549. **DOI:**10.12968/bjon.2016.25.10.546
- Malhi, H. (2016). Dysphagia: Warning signs and management. *British Journal of Nursing*, 25(10), pp. 546-549. **DOI:**10.12968/bjon.2016.25.10.546.

- Mandysova, P., Skvrnáková, J., Ehler, E., & Cerný, M. (2011). Development of the brief bedside dysphagia screening test in the czech republic. *Nursing and Health Sciences*, 13(4), 388-395. **DOI:**10.1111/j.1442-2018.2011.00630.x.
- Marchesan, I. Q. (2004). Deglutição - Normalidade. Em A. M. Furkim, & C. S. Santini, *Disfagias Orofaríngeas* (pp. 3-18). Obtido em 25 de 05 de 2016, Disponível em: <http://cefac.br/library/artigos/dc2765f95e3b4e862958ce113e332880.pdf>
- Marques-Vieira, C., & Sousa, L. (2016). *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida*. Loures: Lusodidacta.
- Matsuo, K., & Palmer, J. (2008). Anatomy and physiology of feeding and swallowing- Normal and abnormal. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America*, 19(4), pp. 691-707. **DOI:**10.1016/j.pmr.2008.06.001.
- McFarlane, M., Miles, A., Atwal, P., & Parmar, P. (2014). Interdisciplinary management of dysphagia following stroke. *British Journal of Neuroscience Nursing*, 10(1), pp. 13-20. **DOI:**10.12968/bjnn.2014.10.1.13.
- Medeiros, G. (2012). *Disfagia orofaríngea em pacientes submetidos à intubação orotraqueal prolongada em UTI*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina d Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil. Obtido em 30 de 04 de 2016, Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5162/tde-09012013-165010/pt-br.php>
- Medin, J., Windahl, J., Arbin, M., Tham, K., & Wredling, R. (2011). Eating difficulties among patients 3 months after stroke in relation to the acute phase. *Journal of Advanced Nursing*, 68(3), pp. 580-589. **DOI:**10.1111/j.1365-2648.2011.05759.x.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory-middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Menoita, E. C. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC*. Loures: Lusociência.
- Neves, M. C., & Osswald, W. (2007). *Bioética Simples*. Lisboa: Verbo.

- Neves, R. S. (2013). *Enfermagem de reabilitação respiratória e a promoção do autocuidado á pessoa com neoplasia do pulmão*. Tese de Mestrado. Disponível no RCAAP. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/15908>
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem - Enquadramento conceptual, enunciados descritivos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2004). Quadro de referência para a construção de indicadores de qualidade e produtividade na enfermagem. *Ordem dos Enfermeiros*, 13, pp. 3-8. Obtido em 20 de Maio de 2016, Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/revistas/roe\\_13\\_julho\\_2004\\_suplemento.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/revistas/roe_13_julho_2004_suplemento.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2009). *Guia de boa prática de cuidados de enfermagem à pessoa com traumatismo vértebro-medular*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010a). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010b). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade - Posicionamentos, transferências e treino de deambulação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015a). *Percurso e programa formativo para a especialidade de enfermagem de reabilitação*. Porto: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015b). *Deontologia profissional de enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos enfermeiros. (2015c). *Padrão documental dos cuidados de enfermagem da especialidade de enfermagem de reabilitação*. Porto: Ordem dos Enfermeiros.

- Ordem dos enfermeiros. (2016). *Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros.
- Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). St. Louis: Mosby.
- Pauloski, B. R. (2008). Rehabilitation of dysphagia following head and neck cancer. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America*, 19(4), 889-928. DOI:10.1016/j.pmr.2008.05.010.
- Pestana, H. (2016). Cuidados de enfermagem de reabilitação: Enquadramento. In C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo do ciclo da vida* (pp. 47-55). Loures: Lusodidacta.
- Petronilho. (2012). *Autocuidado: Conceito Central da Enfermagem*. Coimbra: Formasau.
- Petronilho, F., & Machado, M. (2016). Teorias de enfermagem e autocuidado: Contributos para a construção do cuidado de reabilitação. In C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 3-14). Loures: Lusodidacta.
- Pfeiffer, R. F. (2016). Neurogenic dysphagia. In R. B. Daroff, J. Jankovic, J. C. Mazziotta, & S. L. Pomeroy, *Bradley's neurology in clinical practice* (7th ed., Vol. 1, pp. 148-157). Philadelphia: Elsevier. Obtido em 10 de Agosto de 2017, Disponível em: [https://books.google.pt/books?id=oX3OCgAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=pt-PT&source=gbs\\_ge\\_summary\\_r&cad=0#v=onepage&q&f=false](https://books.google.pt/books?id=oX3OCgAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=pt-PT&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false)
- Queirós, A. (2003). *Projecto e relatório de estágio*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Saint-Exupéry, A. (1995). *O Príncipezinho* (2ª ed.). Mem Martins: Publicações Europa-América.
- Salvo, S. G. (2016). *Massage therapy: Principles and practice*. St. Louis, Missouri: Elsevier. Obtido em 2 de Dezembro de 2016, Disponível em: [https://books.google.pt/books/about/Massage\\_Therapy.html?id=U2pYAAAAYAAJ&redir\\_esc=y](https://books.google.pt/books/about/Massage_Therapy.html?id=U2pYAAAAYAAJ&redir_esc=y)

- Santoro, P., & al., e. (2011). Otolaryngology and speech therapy evaluation in the assessment of oropharyngeal dysphagia: A combined protocol proposal. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, 77(2), pp. 201-2013. **DOI:**10.1590/S1808-86942011000200010.
- Seeley, R. R., Stephens, T. D., & Tate, P. (2005). *Anatomia & fisiologia* (6ª ed.). Loures: Lusociência.
- Silva, A. (2007a). Enfermagem avançada: Um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Sevir*, 55, pp. 11-20.
- Silva, R. (2007). A eficácia da reabilitação em disfagia orofaríngea. *Pró-Fono Revista de atualização Científica*, 19(1), pp. 123-130. **DOI:**10.1590/S0104-56872007000100014.
- Skoretz, S. A., Flowers, H. L., & Martino, R. (2010). The incidence of dysphagia following endotracheal intubation: A systematic review. *Chest*, 137(3), 665-673. **DOI:**10.1378/chest.09-1823.
- Soares, A. (2014). Disfagia: Avaliação e reabilitação [em linha]. JustNews. Obtido em 05 de Maio de 2016, Disponível em: <http://www.justnews.pt/artigos/disfagia-avaliacao-e-reabilitacao/#.VzhYkfrLIU>
- Takahata, H. T., Baba, H., Nagata, I., & Yonekura, M. (2011). Early intervention to promote oral feeding in patients with intracerebral hemorrhage: A retrospective cohort study. *BioMed Central Neurology*, 11(6), 1-7. **DOI:**10.1186/1471-2377-11-6.
- Tanner, C. A. (2006). Thinking like a nurse: A research-based model of clinical judgment in nursing. *Journal of Nursing Education*, 45(6), pp. 204-211. Obtido em 31 de Janeiro de 2016, Disponível em: [http://www.mccc.edu/nursing/documents/Thinking\\_Like\\_A\\_Nurse\\_Tanner.pdf](http://www.mccc.edu/nursing/documents/Thinking_Like_A_Nurse_Tanner.pdf)
- Taylor, J. B. (2008). *O Dia em que a minha vida mudou*. Lisboa: Editorial Presença.
- Tomey, A., & Alligood, M. (2004). *Teóricas de enfermagem e a sua obra: Modelos e teorias de enfermagem*. Loures: Lusociência.

- 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. DOI:10.1161/STROKEAHA.107.483933.
- Varanda, E. M., & Rodrigues, C. A. (2016). Reeducação cognitiva em enfermagem de reabilitação: Recuperar o bailado da mente. In C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 215-225). Loures: Lusodidacta.
- Victoriano, R., & Bevilacqua, J. (2009). Disfagia en el paciente neurológico. *Revista Hospital Clínico Universidad de Chile*, 20, pp. 252-262. Obtido em 01 de Julho de 2016, Disponível em:<https://www.redclinica.cl/Portals/0/Users/014/14/14/Publicaciones/Revista/disfagia.pdf>
- Westergren, A. (2006). Detection of eating difficulties after stroke: A systematic review. *Internacional Nursing Review*, 53(2), 143-149. DOI:10.1111/j.1466-7657.2006.00460.x.
- World Gastroenterology Organization. (2014). Disfagia: Diretrizes e cascatas mundiais. [em linha]. World Gastroenterology. Obtido em 20 de Abril de 2016, Disponível em: <http://www.worldgastroenterology.org/UserFiles/file/guidelines/dysphagia-portuguese-2014.pdf>
- Zhen, Y., Wang, J., Tao, D., Wang, H., & Chen, W. (2012). Efficacy survey of swallowing function and quality of life in response to therapeutic intervention following rehabilitation treatment in dysphagic tongue cancer patients. *European Journal of Oncology Nursing*, 16(1), 54-58. DOI:10.1016/j.ejon.2011.03.002.

**ANEXOS**

Anexo I – Certificado do Curso Avançado em MT e BNM

## CERTIFICADO

*PROFESSOR DOUTOR LUÍS MANUEL ALMEIDA SOARES JANEIRO, Presidente do Conselho de Direção da Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa, certifica para os devidos efeitos que **Cristina Isabel Raposo Domingues** concluiu, com **18 valores**, o **Curso Avançado de Massagem Terapêutica e Aplicação de Bandas Neuromusculares**, ministrado nesta Escola nos dias 18, 19, 25 e 26 de novembro de 2016, num total de **30 horas de contacto**, sendo creditados **2 ECTS**.*

### CONTEÚDO PROGRAMÁTICO:

- Os princípios gerais
- Componentes da massagem e efeitos da massagem
- Técnicas de massagem
- Componente teórico-prática das técnicas de massagem
- Bandas neuromusculares - características, processo de aplicação em diversos contextos clínicos e apresentação de casos clínicos com resultados documentados

### Componente prática das técnicas de massagem

- Pressões
- Compressões
- Amassamento
- Fricções
- Drenagem Linfática
- Percussões
- Vibrações
- Roulement e malaxação
- M.T.P.
- Pincé-roulé
- Crioterapia

### Bandas Neuromusculares - técnicas de aplicação

*Lisboa, 9 de dezembro de 2016.*

*P* O Presidente do Conselho de Direção

*Luis Janeiro*  
Escola Superior de Saúde  
CRUZ VERMELHA PORTUGUESA  
Prof. Doutor Luis Janeiro

## **APÊNDICES**

Apêndice I – Projeto de Estágio



**Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização de Enfermagem de**  
**Reabilitação**

Unidade Curricular Opção - Projeto de Estágio

**Intervenção do Enfermeiro Especialista em**  
**Enfermagem de Reabilitação na Pessoa com Alteração**  
**da Deglutição**

**Cristina Isabel Raposo Domingues**

**Lisboa**

**2016**





**Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização de Enfermagem de**  
**Reabilitação**

Unidade Curricular Opção II – Projeto de Estágio

**Intervenção do Enfermeiro Especialista em**  
**Enfermagem de Reabilitação na Pessoa com Alteração**  
**da Deglutição**

**Cristina Isabel Raposo Domingues**

Orientador: Prof. Doutora Vanda Pinto Marques

Co-Orientador: Prof. Ricardo Braga

**Lisboa**

**2016**



## **SIGLAS**

AVC – Acidente Vascular Cerebral

EE - Enfermeiro Especialista

EEER - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

EOT – Entubação Orotraqueal

EES - Esfíncter Esofágico Superior

HSFO- Heart and Stroke Foundation of Ontario



JBI – The Joanna Briggs Institute

MIF - Escala de Medida de Independência Funcional

OE – Ordem dos Enfermeiros

SNC – Sistema Nervoso Central

SNG - Sonda Nasogástrica

TCE – Traumatismo Crânio Encefálico

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

WGO - World Gastroenterology Organization

## **IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO**

### **Título**

Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Pessoa com Alteração da Deglutição

### **Palavras-Chave**

Alteração da deglutição; Disfagia; Avaliação da deglutição; Enfermagem de Reabilitação

### **Data de Início**

Março de 2016

### **Duração**

Onze meses

### **Instituições Envolvidas**

O presente projeto de estágio irá ser desenvolvido numa vertente hospitalar, no Hospital [REDACTED] e numa vertente comunitária na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) [REDACTED] sendo apresentadas em pormenor no desenvolvimento do projeto.

## INDÍCE

<b>1. SUMÁRIO</b>	6
<b>2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL DO TEMA</b>	9
<b>2.1. Anatomofisiologia do Processo de Deglutição</b>	9
<b>2.2. A pessoa com alteração do processo de deglutição</b>	11
<b>2.3. A Intervenção do EEER</b>	13
<b>2.4. Quadro de Referência de Dorthea Orem</b>	14
<b>2.5. Estado de Arte</b>	16
<b>3. PLANO DE TRABALHO E MÉTODOS</b>	19
<b>3.1. Problema Geral e Problemas Parcelares</b>	19
<b>3.2. Objetivo Geral e Objetivos Específicos</b>	19
<b>3.3. Instituições Envolvidas</b>	20
<b>3.4. Descrição das tarefas e Resultados esperados</b>	22
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	23
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	24
<b>ANEXOS</b>	
Anexo I - Estruturas associadas à deglutição e localização anatômica	
<b>APÊNDICES</b>	
Apêndice I – Pares cranianos envolvidos no processo de deglutição	
Apêndice II – Alteração da deglutição, sinais e fases da deglutição	
Apêndice III – Sinais e sintomas de disfagia	
Apêndice IV – Intervenções de avaliação e reabilitação por parte do EEER	
Apêndice V – Avaliação dos pares cranianos	
Apêndice VI – Diagrama de pesquisa	
Apêndice VII – Guião das entrevistas realizadas	
Apêndice VIII – Objetivos, Atividades, Indicadores e Critérios de Avaliação	
Apêndice IX – Cronograma de Objetivos Específicos	

## 1. SUMÁRIO

O presente projeto de estágio surge no âmbito do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Reabilitação, na Unidade Curricular de Opção II, como um instrumento de desenvolvimento e estruturação para uma aprendizagem futura alicerçada em conhecimento válido e confiável.

O desenvolvimento do Cuidar em enfermagem é fundamental para o seu progresso científico, ao mesmo tempo que garante uma contínua melhoria da qualidade dos cuidados. O enfermeiro tem cada vez mais um papel ativo na sua educação e formação para que possa responder da forma mais eficaz às necessidades das pessoas/família. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) vai também ter um papel importante em ganhos em saúde, prevenindo, atenuando limitações, conservando capacidades presentes, maximizando a autonomia e independência funcional, aumentando a qualidade de vida da pessoa e família. (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2010).

A alimentação é vital e indispensável à sobrevivência do ser humano e está associada a uma ação independente que engloba fatores socioculturais inerentes ao convívio social e familiar. Relacionada com sentimentos de prazer, satisfação e pertença, quando há uma alteração a este nível observa-se na pessoa alterações físicas e fisiológicas mas também psicológicas com sensações de vergonha, medo, desconforto e dependência, implicando por vezes crises de ordem biopsicossociais (Hoamen, 2000; Medin, Windahl, Arbin, Tham & Wredling, 2011).

Focalizar o presente projeto no défice de autocuidado da alimentação, na vertente das alterações da deglutição foi pertinente pois é uma problemática muito presente no meu quotidiano profissional. Muitas vezes deparo-me com orientações médicas para vincular alimentação via oral sem avaliação prévia, sem discussão da situação e muitas vezes em casos onde é notório o défice de deglutição, causando-me grande inquietação. Estar com a pessoa, observar e avaliar as suas limitações a este nível gera um desaconchego na medida que sinto não ter respostas, nem meios necessários na tomada de decisão em

alimentar ou não por via oral, colocar ou não uma sonda nasogástrica (SNG), garantindo acima de tudo a qualidade dos cuidados e a segurança da pessoa.

A capacidade de ingerir alimentos implica degluti-los, desde a cavidade oral até ao estomago sem que penetre as vias aéreas. Pode ser visto como um reflexo adquirido e de fácil compreensão, não sendo na realidade algo assim linear. É um mecanismo complexo e quando normal é discreto e involuntário ocorrendo cerca de mil vezes por dia. É de tal forma inerente ao ser humano, que se inicia ainda no útero por volta do segundo trimestre de gravidez. (Hoeman, 2011; Cardoso, Raínho, Quitério, Cruz, Magano & Catro, 2011). Uma alteração a este nível é conhecida como disfagia que compreende a dificuldade ou incapacidade em deglutir alimentos líquidos, sólidos ou saliva. Quando não detetada pode conduzir a complicações como, desidratação, mal nutrição, obstrução das vias aéreas superiores, podendo levar à morte em cerca de 20-62% das pessoas que desenvolvam pneumonia de aspiração (Heart and Stroke Foundation of Ontario (HFGO), 2006; Chin, Finocchiaro & Rosebrough, 1998; Juan, Hind, Jones, McCulloch, Gangnom & Robins, 2013).

A disfagia pode verifica-se em qualquer idade e por inúmeros fatores de ordem neurológica ou mecânica. Atinge cerca de 16-22% da população acima dos 50 anos, chegando aos 14-40% na população mais idosa (Koidou, Kollias, Sdravov, Grouios, 2013). O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é a principal causa de ordem neurológica, onde cerca de 42-67% das pessoas apresentam-na num espaço de três dias após e cerca de 50% aspira conteúdo alimentar, podendo um terço vir a desenvolver pneumonia, que necessita de tratamento médico. (Donovan, Daniels, Edmiaston, Weinhardt, Summers & Mitchell, 2012). Entre 20-50% das pessoas que apresentem um traumatismo crânio encefálico (TCE), 44-87% das pessoas submetidas a entubação orotraqueal (EOT) prolongada e 52-82% das pessoas com Parkinson podem vir a desenvolver sinais de disfagia (Koidou, Kollias, Sdravov, Grouios, 2013; Medeiros, 2012; Di Pede, Mantovani, Del Felice & Masiero, 2016). Metade das pessoas com tumor cerebral ou pescoço pode vir a desenvolver disfagia orofaríngea no espaço de um ano após o tratamento (Groher & Crary (2016).

Torna-se portanto pertinente a discussão das alterações da deglutição e entender a importância da observação, avaliação, intervenção e prevenção de complicações. Desta forma o intuito da execução do presente projeto é a compreensão do papel do EEER na avaliação e intervenção na pessoa com alteração da deglutição, indo ao encontro do regulamentado pela OE no que concerne ao desenvolvimento de competências comuns de Enfermeiro Especialista (EE) e específicas como EEER.

No que respeita ao Referencial Teórico o projeto é sustentado pela Teoria Geral de Enfermagem do Déficit de Autocuidado por Dorothea Orem. Foi quem iniciou a contextualização do autocuidado, onde o enfermeiro deve fornecer a assistência necessária aos indivíduos que não são capazes de o realizar (Orem, 2001). A OE entende que os elementos principais para um exercício profissional de qualidade são o bem-estar e o autocuidado daqueles de quem cuidamos (OE, 2001), sendo estes pontos a desenvolver como indicadores de qualidade e produtividade em enfermagem (OE,2004). Já no Regulamento de Competências Específicas do EEER é realçada a importância da planificação de cuidados de reabilitação gerindo o autocuidado no processos de transição saúde/doença e/ou incapacidade (OE,2010).

A metodologia inerente ao projeto concerne a realização de uma *Scoping Review*, à luz dos descritores: *deglutition, deglutition disorders, dysphagia, intervention, screening, rehabilitation, treatment, nurse, nursing*, que vai permitir organizar os principais conceitos que sustentam a temática das alterações da deglutição.

Encontra-se dividido em dois capítulos principais, no enquadramento conceptual pode-se encontrar a descrição do processo de deglutição normal, a sua alteração, as intervenções do EEER, a interligação com o referencial teórico de Dorothea Orem e o estado de arte da temática em causa. Posteriormente no plano de trabalho e métodos será possível compreender as competências a desenvolver tendo em conta os objetivos específicos identificados e o plano de atividades com a descrição de tarefas propostas a alcançá-los, sendo também apresentada uma breve descrição dos locais de estágio, onde será colocado em prática o presente Projeto de Estágio.

## **2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL DO TEMA**

### **2.1. Anatomofisiologia do Processo de Deglutição**

Deglutir implica a interligação coordenada no tempo de mecanismos sensoriais e motores. É um processo complexo que requer um sistema nervoso central (SNC) intato e uma sequência coordenada de contrações musculares com movimentos de alongamento e encurtamento da cavidade oral, faringe, laringe e esófago, sincronizadas, com interrupções dos ciclos respiratórios (Hoeman, 2011; HSFO, 2006; Garcia & Chambers, 2010).

Na cavidade oral as células mecanoreceptoras da parte anterior da língua e da linha média do palato são estimuladas pela pressão e dão início aos movimentos peristálticos da língua. Na faringe diferentes tipos de músculos facilitam a passagem do bolo alimentar e o músculo cricofaríngeo impede a entrada de ar no esófago e o refluxo do bolo alimentar, relaxando na deglutição para a entrada do bolo alimentar no esófago. A laringe inicia-se na epiglote e nas suas laterais (váléculas), podem-se acumular alimentos antes ou depois do início do reflexo de deglutição. Esta eleva-se, a epiglote desloca-se na direção inferior e posterior e as cordas vocais são aduzidas para proteger as vias aéreas. O esófago apresenta-se com dois esfíncteres em cada extremidade (esfíncter esofágico superior (EES) e a cárdia) (Anexo I) (Hoeman, 2011).

A deglutição integra o encéfalo que compreende e organiza a atividade sensorial, motora e reflexa de seis pares cranianos, V- Trigémio, VII- Facial, IX- Glossofaríngeo, X- Vago, XI- Espinhal e XII- Hipoglosso, (Apêndice I). Diversos núcleos motores dos músculos envolvidos neste processo encontram-se no tronco cerebral, sendo a área primária da deglutição e o córtex cerebral coopera para o início das primeiras fases da deglutição. Todo este mecanismo dura cerca de cinco a dez segundos podendo ser voluntário, referente à fase oral preparatória e oral, e reflexa/involuntária, que implica o tronco cerebral e os pares cranianos, referente à fase faríngea (Hoeman, 2011; Menoita, 2012; Reiser, Hricak & Knauth, 2012). Os processos inerentes a cada fase da deglutição são apresentados em seguida:

### **Fase Oral Preparatória**

Fase voluntária e envolve os lábios que fechados permitem a permanência dos alimentos na cavidade oral aquando a mastigação (movimentos rotativos e laterais da língua e mandíbula para controlar os alimentos, triturados pelos dentes). Ocorre a transmissão de informação sensorial do sabor, temperatura e textura para a secreção de saliva formando-se o bolo alimentar. Este acumula-se na linha média da língua antes de ser deglutido e ao longo desta fase há comunicação pelos nervos periféricos da posição do bolo alimentar de forma a prevenir traumatismos da língua. A duração depende da quantidade e textura dos alimentos e dos hábitos alimentares da pessoa. Aqui as vias aéreas estão abertas e é possível a respiração nasal. (HSFO, 2006; Hoeman, 2011).

### **Fase Oral**

Também voluntária, inicia-se com o transporte do bolo alimentar da cavidade oral para a faringe. A língua eleva-se na direção antero-posterior e há acumulação do bolo no sulco formado no centro da língua, sendo pressionado contra o palato duro e espremido a nível posterior até que alcance a orofaringe. Cerca de um segundo depois atravessa os arcos posteriores das fauces, terminando assim esta fase, controlada pelos pares cranianos V, VII, XII. (HSFO, 2006; Hoeman, 2011)

### **Fase Faríngea**

Fase complexa e reflexa, com início voluntário, não pode ser interrompida quando está a decorrer e dura cerca de um a dois segundos. (1) A língua move-se a nível superior e posterior, de forma a encaminhar o bolo alimentar para a região superior da faringe (2) Há elevação do palato mole com encerramento da faringe, impedindo a entrada do alimento na cavidade nasal. (3) As paredes laterais da faringe elevam-se e esta direciona-se anteriormente, encerrando-se; (4) A epiglote angula a nível inferior e protege assim as vias aéreas e controla a descida do bolo alimentar; (5) As cordas vocais fecham impedindo a entrada do bolo na traqueia; (6) A laringe eleva-se ajudando na abertura do EES; (7) O músculo cricofaríngeo relaxa e permite a entrada do bolo no esófago. Os pares

cranianos envolvidos nesta fase são o V, VII, X, XII. (HSFO, 2006; Hoeman, 2011).

### **Fase esofágica**

Aqui o bolo alimentar desloca-se ao longo do esôfago através das contrações peristálticas. Fase mais longa com cerca de oito a vinte segundos, desde o EES até à cárdia, levando à conclusão do processo de deglutição. O controlo motor desta fase é feito pelo nervo vago que envia sinais inibitórios e excitatórios descendentes levando à abertura dos esfíncteres. (Marchesan, 2004; HSFO, 2006; Hoeman, 2011).

## **2.2. A pessoa com alteração do processo de deglutição**

Alteração do processo de deglutição ou disfagia pode ser de ordem neurológica, por patologias como o AVC, TCE, Parkinson, Alzheimer e tumores da cabeça ou pescoço e de ordem mecânica por, radioterapia e quimioterapia, EOT, ventilação mecânica e traqueostomia. Observa-se pela dificuldade em movimentar os alimentos desde os lábios até ao estômago sem que penetrem nas vias aéreas por compromisso de qualquer fase da deglutição (Santoro et al., 2011; Chin, Finocchiaro & Rosebrough, 1998; Groher & Crary, 2016).

Descrita como sensação de obstrução à passagem normal do conteúdo alimentar, ao iniciar a deglutição (disfagia orofaríngea) e impressão de retenção de alimentos sólidos ou líquidos na região de transição entre a cavidade oral e o estômago. A disfagia orofaríngea caracteriza-se por uma diminuição da motilidade de origem neuromuscular (há diminuição da força e tônus muscular, da sensibilidade dos músculos da face, língua e mandíbula), decorrente de AVC, TCE ou doenças neurológicas (Apêndice II) (Garcia & Chambers, 2010; Menoita, 2012; Worl Gastroenterology Organization – WGO, 2014).

Na disfagia esofágica há dificuldade na passagem do bolo alimentar pelo esôfago, com sensação de retenção de alimentos na garganta, causando odinofagia, pirose e refluxo de conteúdo esofágico. É comum em pessoas com

distúrbio da motilidade ou anormalidade dos esfíncteres esofágicos. (Garcia & Chambers, 2010; WGO,2014; HSFO,2006).

Existem inúmeros sinais e sintomas associados à disfagia descritos em pormenor no Apêndice III.

Alterações na deglutição implicam diferentes complicações para a pessoa, entre as quais desidratação, malnutrição e aspiração. Esta última decorre quando há entrada de conteúdo alimentar ou líquidos nas vias aéreas, observando-se, tosse ou alterações do padrão respiratório (HSFO, 2006).

A pneumonia de aspiração é das complicações mais comuns. São descritos três tipos de aspiração: (1) Prévia ao reflexo de deglutição, o bolo alimentar entra na faringe antes de se desencadear o reflexo pelo seu atraso e controlo reduzido da língua; (2) Durante o reflexo de deglutição, reduzido encerramento laríngeo por parésia unilateral ou bilateral das cordas vocais (EOT prolongada); (3) Depois do reflexo de deglutição, presença de resíduos na faringe que pela ação da gravidade alcançam a via aérea; (4) Aspiração silenciosa, que implica a entrada de conteúdo alimentar nas vias aéreas sem que a pessoa demonstre sinais clínicos, observando-se em cerca de 28-38% das pessoas com AVC (HSFO, 2006; Victoriano & Bevilacqua, 2009).

A disfagia tem maior prevalência na pessoa com AVC e depende da localização da lesão. Consoante o local observa-se: (1) Tronco cerebral bulbar, disfagia grave, ausência do reflexo faríngeo e quando reaparece (duas semanas) apresenta um atraso de dez a quinze segundos; (2) Tronco cerebral na protuberância atraso ou ausência do reflexo faríngeo com paralisia e espasticidade; (3) Substância branca subcortical, atraso de três a cinco segundos na fase oral e demora no reflexo faríngeo; (4) Cortical, no hemisfério esquerdo, disfagia de ligeira a severa, com dificuldade em iniciar a fase oral mas fase faríngea normal; (5) Cortical, hemisfério direito, atraso na fase oral de dois a três segundos e no início do reflexo da deglutição de três a cinco segundos, com atraso da elevação laríngea (Hoeman, 2011; Victoriano & Bevilacqua, 2009).

Independentemente do tipo de patologia e lesão a alimentação desempenha um papel importante na vida da pessoa e para além de complicações fisiológicas, observam-se também alterações psicossociais. Sentimentos negativos com tendência para o isolamento social são características presentes na pessoa com compromisso do autocuidado da alimentação que não devem ser colocadas de parte. Há constrangimento durante as refeições por falta de autocontrolo das estruturas, querendo que aquele período culmine o mais rápido possível, associado a vergonha, medo e sensação de dependência (Medin, Windahl, Arbin, Tham & Wredling, 2011; Westerfren, A., Ohlsson, O. & Rahm, I., 2001).

### **2.3. A Intervenção do EEER**

Os enfermeiros adquirem diferentes estratégias e conhecimentos na promoção do autocuidado da alimentação, mas por vezes a sua relação com os processos de alteração da deglutição não são fáceis de estabelecer no quotidiano profissional. É portanto pertinente o desenvolvimento de competências nesta área. (Januário, 2012; Hoeman, 2011).

Somos elementos fundamentais e diferenciados, temos poder sobre a ação vinte e quatro horas por dia, supervisionando e avaliando a alimentação e a capacidade para ingestão oral. Assim através da melhor evidência científica podemos agir na deteção precoce, minimizando complicações na pessoa e família. (Joanna Briggs Institute (JBI), 2000; Silva, 2007; Soares, 2014; Januário, 2012).

A atuação do EEER passa por uma avaliação física, funcional e psicossocial, com recurso a instrumentos de medida e consulta de exames complementares de diagnóstico (Hoeman, 2011; Januário, 2012) e deve ser efetuada logo na admissão, sempre que possível ou necessária. Os instrumentos devem ser rápidos, intuitivos, seguros, aceites pela pessoa e/ou família, sensíveis para fornecerem dados positivos/negativos e específicos para identificar pessoas com ou sem disfagia (HSFO, 2006). É essencial a intervenção do EEER em particular nas disfagias orofaríngeas, com vista à melhoria do tónus muscular, precisão e

função das partes moles envolvidas, estimulação das vias aferentes para um reflexo de deglutição adequado prevenindo complicações (Menoita, 2012).

Desta forma, existem intervenções de avaliação e reabilitação por parte do EEER que se encontram em Apêndice IV, assim como a avaliação dos pares cranianos envolvidos na deglutição Apêndice V.

De salientar que é fundamental a cooperação entre equipas multidisciplinares (EEER, terapeuta da fala, dietista e fisiatra) associada a um protocolo de avaliação e atuação para uma avaliação e reabilitação eficaz (Soares, 2014; Hoeman, 2011; Garcia & Chambers, 2010).

#### **2.4. Quadro de Referência de Dorothea Orem**

A alteração da deglutição implica compromisso do autocuidado de alimentação tornando-se relevante nortear o projeto sobre a Teoria Geral de Enfermagem do Déficit de Autocuidado, definida por Dorothea Orem, expressa sob três constructos teóricos relacionados entre si.

##### **Teoria do Auto-cuidado**

É esperável que a pessoa seja capaz de se autocuidar, por ter competências, conhecimento e experiência adquirida ao longo da vida, como agente de autocuidado. Quando esta capacidade está comprometida pelos condicionantes básicos (idade, estado de desenvolvimento, estado de saúde, crenças e valores...), é necessária a intervenção de outro, o agente dependente de cuidados, adultos que aceitam a responsabilidade de minimizar a necessidade terapêutica de autocuidado (Orem, 2001; Tomey & Alligood, 2004).

Foram formados por Dorothea Orem três tipos de requisitos, que carecem de avaliação, **(1) Requisitos de autocuidado universais**, comuns a todo o ciclo de vida e interligados, as necessidades humanas básicas. É aqui englobado o autocuidado da alimentação, por necessidade em manter uma suficiente ingestão de água e alimentos (Orem, 2001); **(2) Requisitos de autocuidado de desenvolvimento** que promovem a manutenção da vida, prevenindo condições desfavoráveis. Os comportamentos a prevenir são problemas de adaptação

social ou perda de funcionalidade (Tomey & Alligood, 2004; Petronilho, 2012). Agir na incapacidade para preparar alimentos e dirigi-los de forma autónoma até à cavidade oral, para depois degluti-los de forma segura; **(3) Requisitos de desvio de saúde do autocuidado** observam-se em situações de doença, lesão ou por intervenções médicas de diagnóstico ou tratamento. Alteração do processo de deglutição decorrente de um AVC, TCE ou traqueostomia (Tomey & Alligood, 2004).

### **Teoria do Défice de Auto-cuidado**

São definidos aqui os momentos em que os cuidados de enfermagem são necessários, face à incapacidade da pessoa na administração de autocuidado continuado (Orem, 2001). Para proporcionar assistência, foram identificados cinco métodos de ajuda a utilizar de forma individual ou em conjunto.

Tendo em conta a alteração do autocuidado da alimentação por alteração da deglutição, o enfermeiro pode (1) agir ou fazer para outra pessoa; (2) guiar e orientar; (3) proporcionar apoio físico e psicológico; (4) favorecer e manter um ambiente de apoio ao desenvolvimento pessoal; (5) ensinar (Orem, 2001). Consequentemente as cinco dimensões de atividades do enfermeiro implicam: (1) Iniciar e manter uma relação enfermeiro-utente, até que não necessite dos cuidados de enfermagem; (2) Determinar como a pessoa pode ser ajudada pela intervenção de enfermagem; (3) Responder às necessidades da pessoa; (4) Prescrever e proporcionar ajuda sob a forma de cuidados de enfermagem; (5) Coordenar e integrar os cuidados de enfermagem no quotidiano da pessoa, (George, 2000).

### **Teoria dos Sistemas de Enfermagem**

Aqui as necessidades de autocuidado são complementadas pelo enfermeiro, pela pessoa ou ambos. Agrupada em três sistemas de ação de enfermagem: **(1) Sistema totalmente compensatório**, a pessoa não se envolve na ação, o enfermeiro intervém suprimindo a necessidade de autocuidado, pessoas em coma ou que observam e tomam decisões sobre o autocuidado, mas incapazes de agir, pessoas que não conseguem alimentar-se, deglutir ou alimentar-se por SNG; **(2) Sistema parcialmente compensatório**, a pessoa executa algumas

ações de autocuidado, regulando a atividade aceitando o cuidado/assistência. O enfermeiro executa algumas medidas de autocuidado, compensa limitações e assiste, posicionar a pessoa para o período da refeição ou preparar-lhe os alimentos; **(3) Sistema de apoio-educação**, a pessoa tem capacidade para o autocuidado, necessita do enfermeiro para apoio, orientação e como promotor da pessoa como agente de autocuidado. Neste sistema, pode-se englobar o ensino sobre produtos de apoio e de técnicas compensatórias para a alimentação e deglutição. (Petronilho,2012; Tomey & Alligood, 2004)

## 2.5. Estado de Arte

O projeto de estágio pretende como sustentação a relação entre a enfermagem centrada na pessoa e os cuidados baseados na evidência, científica, conduzindo assim à formação de enfermeiros especialistas capazes de identificar necessidades de saúde prestando cuidados decorrentes da melhor evidência disponível (Unidade Curricular de Opção II, 2016). Esta prática baseada na evidência é aqui suportada pela *Scoping Review*, que permite mapear os principais conceitos que sustentam uma determinada área de pesquisa, neste caso, a avaliação e reabilitação da pessoa com alteração da deglutição por parte do EEER. É usada também para clarificar definições e/ou limites conceptuais de um assunto, tratando-se de uma revisão vantajosa na examinação de evidência emergente (JBI, 2015).

A pesquisa foi orientada pela questão: *Quais as intervenções do EEER na avaliação e reabilitação da pessoa adulta com alteração do processo de deglutição?*. Realizada nas bases de dados eletrônicas Medline e Cinhal, com descritores, combinados da seguinte forma: *(deglutition OR deglutition disorders OR dysphagia) AND (intervention OR screening OR rehabilitation OR treatment) AND (nurse OR nursing)*. Foram selecionados onze artigos (Apêndice VI), onde os critérios de inclusão foram: adultos com alterações da deglutição, avaliação da deglutição pelo enfermeiro e intervenções de reabilitação na pessoa com alteração da deglutição publicados nos últimos dez anos.

Constatou-se que os enfermeiros são os profissionais de saúde mais bem posicionados nos cuidados e como tal devem saber e agir na pessoa com alteração da deglutição, adotando práticas e ferramentas para avaliar a presença ou ausência de disfagia, e o seu grau de severidade, reduzindo complicações (Hines, Wallace, Crowe, Finlayson, Chang & Pattie, 2010).

Como forma de avaliação, apuraram-se diversas opções: (1) Mandysova, Skvrnáková, Ehler & Cerný (2011), desenvolveram um instrumento com base no *The Gugging Swallowing Screen (GUSS)* e no *Massey Bedside Swallowing Screen (MBSS)*, para formularem o *Brief Bedside Dysphagia Screening (BBDS test)* com 95,2% de sensibilidade para detetar a disfagia em pessoas com problemas neurológicos; (2) Westergren (2006) pela revisão sistemática da literatura realça como método de avaliação da deglutição o *Standardized Bedside Swallowing Assessment (SSA)*, que inclui o teste de deglutição de água, onde é referido que o uso associado da avaliação da saturação periférica de oxigénio é pertinente na deteção da aspiração silenciosa; (3) Chichero, Heaton & Bassett (2009), no seu estudo desenvolveram o *Royal Brisbane and Women's Hospital (RBWH) dysphagia screening tool* com uma sensibilidade de 95% para detetar a presença de disfagia; (4) Takata, Tsutsumi, Baba, Nagata & Yonekura (2011), recorreram ao *Functional Oral Intake Scale (FOIS)*, e observaram que o seu valor foi maior no grupo de intervenção (86,8%), indo ao encontro da necessidade de uma higiene oral adequada e de um plano conciso para vincular alimentação oral; (5) Di Pede, Mantovani, Del Felice & Masiero (2016), destacam como meios de avaliação por parte do enfermeiro: *Toronto bedside swallowing screening test (TOR-BSST)* (96% sensibilidade), *GUSS* (100% sensibilidade), *EAT-10* (71% sensibilidade), *Acute stroke dysphagia screen (ASDS)/Barnes Jewish hospital stroke dysphagia screen (BJH-SDS)* e *Massey bedside swallowing screen* (94% de sensibilidade).

Segundo os estudos referidos no parágrafo anterior destacam-se os principais itens a avaliar: (1) Nível de consciência com recurso à escala de coma de Glasgow; (2) Controlo postural da cabeça na posição de sentado; (3) Tosse voluntária; (4) Qualidade da voz; (5) Capacidade de engolir a própria saliva; (6) Aptidão para levar a comida à boca; (7) Capacidade de abri e fechar a boca; (8)

Higiene oral; (9) Simetria das estruturas internas. As principais alterações observadas na avaliação foram: (1) Assimetria dos músculos faciais; (2) Disartria; (3) Assimetria e força reduzida da língua; (4) Assimetria e força reduzida ao encolher os ombros; (5) Engasgamento e tosse durante a deglutição; (6) Perda de saliva ou saída de conteúdo alimentar pela boca.

Dos estudos selecionados alguns utilizaram associada à avaliação o teste de deglutição de água, não sendo unânimes em relação à quantidade de água a oferecer, referindo que se deve iniciar absorvendo água de uma colher e depois consoante a observação ou não de sinais de alerta, ingerir água pelo copo, avaliando a resposta.

Tendo em conta intervenções específicas na pessoa para a minimização do problema destacaram: (1) Ajustamentos posturais (posição de sentado, ir com o queixo ao peito durante a deglutição, rodar a cabeça para o lado afetado); (2) Alimentar-se devagar; (3) Alimentação com concentração, reduzindo distrações; (4) Evitar diferentes texturas ao mesmo tempo; (5) Colocar a comida do lado não afetado; (6) Modificar a consistência dos alimentos e líquidos; (7) Deglutição forçada; (8) Deglutição supraglótica e super-glótica, (9) Manobras de Masako, Mendelson e Shaker. Como terapias indiretas, manobras físicas (exercícios da língua, lábios, bochechas e laringe) e estimulação térmica (Zhen, Wang, Tao, Wang & Chen, 2012; Di Pede, Mantovani, Del Felice & Masiero, 2016).

Há evidência que a estimulação neuromuscular também pode contribuir para a minimização da disfagia, através da contração dos músculos anteriores do pescoço (Di Pede, Mantovani, Del Felice & Masiero, 2016). Ebihara et al. (2006) conduziram um estudo onde observaram que a estimulação olfativa com o óleo de pimenta preta melhorou o movimento reflexivo e motor da deglutição pela ativação do córtex insular direito. Referem ser uma técnica que pode ser usada independentemente do nível de consciência e estado físico ou mental.

### **3. PLANO DE TRABALHO E MÉTODOS**

#### **3.1. Problema Geral e Problemas Parcelares**

Na minha realidade profissional, a temática abordada e contextualizada é pouco analisada e muitas vezes existem limitações teóricas e técnicas para uma decisão planeada, específica e adequada à pessoa e que reflita uma evidência científica concisa. Como tal e na tentativa de colmatar esta lacuna proponho-me a aprofundar e a desenvolver conhecimentos e competências nesta área, para que se reflita na minha prática diária como uma mais-valia para a qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem. Por esta inquietação formulou-se o seguinte problema: *Como é que o EEER pode intervir na pessoa com alteração da deglutição para promover a sua autonomia e autocuidado minimizando complicações?*

Como problemas parcelares de forma a especificar o problema original entendo os seguintes: (1) *Quais os possíveis sinais de alerta para uma tomada de decisão acertada para vincular a alimentação via oral ou por outro lado a colocação de uma SNG?* (2) *Como avaliar a pessoa com alteração da deglutição?* (3) *Qual o papel do EEER na deteção, avaliação e reabilitação da pessoa com alteração da deglutição?* (4) *Que intervenções a desenvolver para a reabilitação da pessoa com alteração da deglutição?* (5) *Como incluir a pessoa e/ou família no processo de autocuidado face à alteração da deglutição?*

#### **3.2. Objetivo Geral e Objetivos Específicos**

Indo ao encontro da temática escolhida para estudo e desenvolvimento, foram por mim estabelecidos dois objetivos gerais para dar resposta às diferentes competências a desenvolver como EEER, sendo eles: (1) *Desenvolver competências como EEER na avaliação e intervenção à pessoa com alterações da deglutição;* (2) *Desenvolver competências como EEER intervindo na pessoa com alterações motoras e cardiorrespiratórias, com especial ênfase nas alterações da deglutição.*

Consequentemente a elaboração e esquematização de objetivos específicos vai ao encontro do domínio das competências comuns do EE e do domínio das competências específicas do EEER, sendo delineados os seguintes face as competências a desenvolver em ensino clínico: (1) Estabelecer no processo de tomada de decisão a dimensão ética e deontológica, garantindo a segurança e qualidade dos cuidados prestados; (2) Estabelecer um ambiente terapêutico seguro, com competências de comunicação para a criação de relação terapêutica com a pessoa e/ou família, tendo em conta os seus domínios físicos, psicossocial, cultural e espiritual; (3) Reconhecer e integrar as dinâmicas do serviço, do EEER e da equipa multidisciplinar, na sua vertente estrutural, funcional e organizacional; (4) Formular intervenções de enfermagem de reabilitação na pessoa de todas as idades com incapacidade, limitação/restricção na ação de caráter permanente ou temporário com vista à qualidade de vida e reintegração social; (5) Identificar na pessoa défices de autocuidado a nível motor e cardiorrespiratório; (6) Planear intervenções de enfermagem de reabilitação para a pessoa com défices motores e cardiorrespiratórios; (7) Aprofundar conhecimentos na avaliação e reabilitação da pessoa com alteração da deglutição, com base em conhecimento científico válido, atual e pertinente; (8) Planear e executar intervenções de enfermagem de reabilitação na pessoa com alteração da deglutição.

### **3.3. Instituições Envolvidas**

O projeto de estágio tem como ponto principal a avaliação da pessoa com alteração do processo de deglutição, e para tal entendi que seria relevante a assimilação em ensino clínico de serviços que me possibilitem alargar conhecimentos e experiências nesse âmbito e em outros aspetos pertinentes da enfermagem da reabilitação.

O Serviço de Neurocirurgia foi uma das escolhas para esse efeito, é um local onde a reabilitação está bastante enraizada, pois existe uma equipe que presta no dia-a-dia cuidados reabilitação Engloba as áreas de [REDACTED] e encontra-se em funcionamento vinte e quatro horas por dia para a

zona [REDACTED] do país. É constituído por vinte e três camas sendo que quatro são de cuidados intensivos neurocirúrgicos, quatro de cuidados intermédios e quinze de internamento. Comporta trinta e sete enfermeiros na totalidade e três são EEER (dois enfermeiros no turno da manhã e um enfermeiro no turno da tarde; ao fim-de-semana, um enfermeiro de manhã, sendo que durante a semana podem ocorrer turnos de doze horas).

Entre as patologias mais frequentes destacam-se patologias como, tumores cerebrais, AVC hemorrágico, aneurismas, TCE, traumatismos vertebro medulares, lesões medulares... O tempo médio de internamento ronda os onze dias, com pessoas de elevado grau de dependência, dificultando o encaminhamento para outras instituições ou domicílio, que necessitam de cuidados de reabilitação de longa duração. Média de idades ronda os 50-60 anos, mas também com internamentos de um grande número de idosos.

Verifica-se totalmente implementada mas não parametrizada no serviço a escala MIF - Escala de Medida de Independência Funcional. Existem vários projetos em desenvolvimento com resultados visíveis, reconhecidos como a estimulação neuro-sensitiva do doente em coma, a massagem neuromuscular e o treino vesical. As alterações da deglutição é algo que preocupa o serviço e algo a desenvolver. Trata-se de um serviço bem equipado com espelhos quadriculados, pedaleiras, bola de terapêutica, espirómetros, carrinho de estimulação sensorial (com caixa de cheiros, diferentes texturas) e *Tablet* para visualização de imagens e interação.

Na comunidade optei pela UCC [REDACTED] trata-se de uma Unidade Funcional do [REDACTED] onde trabalham dez enfermeiros na totalidade, sendo apenas um EEER. Engloba a área geográfica do Centro de Saúde do [REDACTED] tendo em conta as freguesias de [REDACTED] e [REDACTED] não esquecendo a rede de agrupamentos de escola.

Cada enfermeiro está distribuído por cada área geográfica associando a cada um uma zona/bairro mais problemático e um agrupamento escolar. São prestados cuidados de enfermagem domiciliários, comunitários, educação para a saúde e com recurso a uma unidade móvel.

As principais patologias são a fratura do fêmur, AVC, patologia respiratória e alguns casos de ELA. Intervêm-se ao nível de tratamento de feridas crónicas e no âmbito dos cuidados paliativos, onde o EEER tem grande ação. O tempo médio de internamento é de quarenta dias e apresentam quarenta e cinco vagas. Após o ingresso é feita uma avaliação presencial nas primeiras vinte e quatro horas por parte do EEER, onde depois a articulação com o cuidador é grande e necessária, pois é ele o agente dependente de cuidados. Há grande autonomia pelo EEER na avaliação das situações e na sua gestão face as necessidades das pessoas e resposta que a UCC pode dar. Há articulação com outros membros da equipa multidisciplinar como fisioterapeutas, assistente social e psicóloga.

O funcionamento é de Segunda-feira a Domingo com horários variáveis. Todas as Quintas-feiras é realizada uma reunião semanal, onde são analisadas situações e organizada a distribuição da semana seguinte. Os registos são informatizados (*Sclinic* e plataforma da Rede Nacional de Cuidados Continuados). O EEER engloba projetos na área da preparação para o parto, na saúde escolar no âmbito do peso das mochilas escolares e no exercício físico nos idosos, para além de prestar outros cuidados ao nível do domicílio.

Entendo que ambos os locais me vão facultar diferentes experiências e situações para o meu crescimento pessoal e profissional tendo em conta o desenvolvimento de competências como EEER. No Apêndice VII encontra-se a base utilizada nas entrevistas efetuadas em ambos os locais.

### **3.4. Descrição das tarefas e Resultados esperados**

No Apêndice VIII, encontram-se desenvolvidos os objetivos específicos à luz das competências a alcançar em ensino clínico, com proposta de atividades a desenvolver, consequentes indicadores, critérios de avaliação e recursos. Por sua vez, no Apêndice IX, é apresentado o cronograma tendo em conta os objetivos a desenvolver e friso temporal face à duração dos ensinos clínicos.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente projeto surgiu de uma inquietação interior, por uma sensação de ausência de capacidade em dar resposta a inúmeras questões que apoquentavam o meu dia-a-dia profissional. Não entender a melhor forma de me posicionar na prática e nos cuidados face à pessoa com alteração do processo de deglutição resultou na elaboração deste projeto de formação.

Trata-se de uma reflexão interior do meu percurso profissional como enfermeira generalista, como estudante de enfermagem de reabilitação e como futura EEER. Possibilitou uma estruturação para o meu desenvolvimento futuro, identificando objetivos a desenvolver face às competências definidas como EE e principalmente como EEER a desenvolver.

É verificada a importância de uma equipe multidisciplinar na ação face a pessoa com alteração da deglutição, contudo, somos os profissionais de saúde mais bem colocados para os cuidados nesse aspeto e cada vez mais com um papel ativo e dinâmico na avaliação, intervenção e reabilitação.

Inúmeros contratempos se observaram na realização deste projeto, como a questão da gestão do tempo entre a realidade escolar, profissional e pessoal passando pela estruturação do pensamento tendo em conta a pesquisa a efetuar e conteúdo a abordar e interligar, até à execução das atividades inerentes e proposta à aquisição de competências dando resposta aos objetivos. A limitação temporal penso que seja a questão mais limitadora na medida que me pode ter demarcado de forma menos profunda a pesquisa científica da evidência mais recente da temática em causa. Entendo que muitos outros irei encontrar, não sendo ainda capaz de entender como os irei ultrapassar, mas a verdade é que a base já está estratificada, servindo de ajuda inicial à construção do resultado final, que será o relatório de estágio que irá decorrer no terceiro semestre.

Entendo que se trata de um projeto dinâmico, flexível e com possibilidade constante de reformulação tendo em conta as experiências e conhecimentos que advêm da prática e pesquisa diária e da relação estabelecida nos cuidados com a pessoa e/ou família.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Cardoso, A., Rainho, J., Quitério, P., Cruz, V., Magano A. & Catro, M. (2011). Avaliação clínica não-invasiva de disfagia no AVC – Revisão sistemática. *Revista de Enfermagem Referência*, 5, p.135-143. DOI: 10.12707/RIII1106.
- Chichero, J.A.Y., Heaton, S. & Basset, L. (2009). Triaging dysphagia: nurse screening for dysphagia in na acute hospital. *Journal of Clinical Nursing*. 18(11), p.1649-1659. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2009.02797.x.
- Chin, P. A., Finocchiaro, D. & Rosebrough, A. (1998). *Rehabilitation nursing patrice*. McGraw-Hill, Nova Iorque.
- Di Pede, C., Mantovani, M.E., Del Felice, A. & Masiero, S. (2016). Dysphagia in the elderly: focus on rehabilitation strategies. *Aging Clinical and Experimental Research*, 28(4), p.607-617. DOI: 10.1007/s40520-015-0481-6
- Donovan, N.J., Daniels, S.K., Edmiaston, J., Weinhardt, J., Summers, D., & Mitchell, P.H. (2012). Dysphagia screening: state of the art. *American Heart Association*, 44 (4), p.e24-e30. DOI: 10.1161/STR.0b013e3182877f57
- Ebihara, T., et al. (2006).A randomized trial of olfactory stimulation using black pepper oil in older people with swallowing dysfunction. *The American Geriatrics Society*, 54(9), p.1401-1406. DOI: 10.1111/j.1532-5415.2006.00840.x
- George, J. B. e Colaboradores (2000). *Teorias de enfermagem: Os fundamentos à prática profissional*. (4ª ed.). Porto Alegre: Artemed editora.
- Garcia, J. & Chambers, E. (2010). Managing dysphagia through diet modifications. *American Journal of Nursing*, 110 (11), p.26-33. DOI: 10.1097/01.NAJ.0000390519.83887.02.
- Groher, M.E., & Crary, M.A. (2016). *Dysphagia: clinical Management in adults and children*. 2nd ed. Missouri: Elsevier. Acedido 20-05-2016. Disponível em: [https://books.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=qPBwCgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=Dysphagia:+Clinical+Management+in+Adults+and+Children+books&ots=Xql2OPvGvx&sig=D1u6-WD11XSx20zM9s9uTZFb5q8&redir\\_esc=y#v=onepage&q=Dysphagia%3A%20Clinical%20Management%20in%20Adults%20and%20Children%20books&f=false](https://books.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=qPBwCgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=Dysphagia:+Clinical+Management+in+Adults+and+Children+books&ots=Xql2OPvGvx&sig=D1u6-WD11XSx20zM9s9uTZFb5q8&redir_esc=y#v=onepage&q=Dysphagia%3A%20Clinical%20Management%20in%20Adults%20and%20Children%20books&f=false)
- Heart and Stroke Foundation of Ontario (2006). *Management of dysphagia in acute stroke: An educational manual for dysphagia screening professional*. Toronto. Acedido a 20/04/2016. Disponível em: [http://www.heartandstroke.on.ca/atf/cf/%7B33C6FA68-B56B-4760-ABC6-D85B2D02EE71%7D/Dysphagia\\_Manual\\_FINAL\\_20060123.pdf](http://www.heartandstroke.on.ca/atf/cf/%7B33C6FA68-B56B-4760-ABC6-D85B2D02EE71%7D/Dysphagia_Manual_FINAL_20060123.pdf)
- Hines, S., Wallace, K., Crowe, L., Finlayson, K., Chang, A. & Pattie, M. (2010). Identification and nursing management of dysphagia in individuals with

- acute neurological impairment (update). *The Joanna Briggs Institute Library of Systematic Reviews*, 8(6), p.255-301.
- Hoeman, S.P. (2000). *Enfermagem de reabilitação: Aplicação e processo* (M. L. Abecassis, F. A. Silva, M. A. Madeira, M. C. Durão, M. T. Leal, Trad.). (2ª ed.). Loures: Lusociência. (Tradução do original do inglês *Rehabilitation nursing - Process and application*, 2nd ed, 1996, New Jersey: Mosby).
- Hoeman, S.P. (2011) *Enfermagem de reabilitação-Prevenção, intervenção e resultados esperados*. (C. Saraiva, J. M. S. B. Mertens, L. Abecassis, M. Abecassis, M. O. Sousa, A. P. R. P. Negrão, M. J. F. Pinheiro, R. Azevedo) (4ª ed.). Loures: Lusodidacta. (Tradução do original do inglês *Rehabilitation nursing- Prevention, intervention & outcomes*, 4nd ed., 2008, New Jersey: Mosby)
- Januário, J.C. (2012). *Treino da capacidade de autocuidado centrado na deglutição*. In: P.J.P Queirós. *Enfermagem de Nightingale aos dias de hoje 100 anos* (p.303-319). Braga: Candeias Artes Gráficas.
- Juan, J., Hind, J., Jones, C., McCulloch, T., Gangnon, R. & Robbins, J. (2013). Case study: Application of isometric progressive resistance oropharyngeal therapy using the Madison oral strengthening therapeutic device. *Top Stroke Rehabilitation*, 20(5), p.1-30. DOI: 10.1310/tsr2005-450
- Koidou, I., Kollias, N., Sdravou, K. & Grouios, G. (2013). Dysphagia: A short review of the current state. *Educational Gerontology*, 39(11), p.812-827. DOI: 10.1080/03601277.2013.766518
- Mandysova, P., Skvrnáková, J., Ehler, E. & Cerný, M. (2011). Development of the brief bedside dysphagia screening test in the czech republic. *Nursing and Health Sciences*, 13(4), p.388-395. DOI: 10.1111/j.1442-2018.2011.00630.x
- Marchesan, I.Q., (2004). *Deglutição - Normalidade*. In: A.M. Furkim & C.S. Santini. *Disfagias Orofaríngeas* (p.3-18). Acedido 25-05-2016. Disponível em: <http://cefac.br/library/artigos/dc2765f95e3b4e862958ce113e332880.pdf>
- Matsuo, K. & Palmer, J., (2009). Anatomy and physiology of feeding and swallowing- Normal and abnormal. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America*, 19 (4), p.691 – 707. DOI: 10.1016/j.pmr.2008.06.001
- Medin, J., Windahl, J., Arbin, M., Tham, K., & Wredling, R. (2011). Eating difficulties among patients 3 months after stroke in relation to the acute phase. *Journal of Advanced Nursing*, 68 (3), p.580-589. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2011.05759.x
- Medeiros, G.C. (2012). *Disfagia Orofaríngea em pacientes submetidos à intubação orotraqueal prolongada em UTI*. Faculdade de Medicina d Universidade de São Paulo. Dissertação de Mestrado. São Paulo, Brasil. Acedido 30-04-2016. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5162/tde-09012013-165010/pt-br.php>
- Menoita, E. C. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC*. Loures: Lusociência.

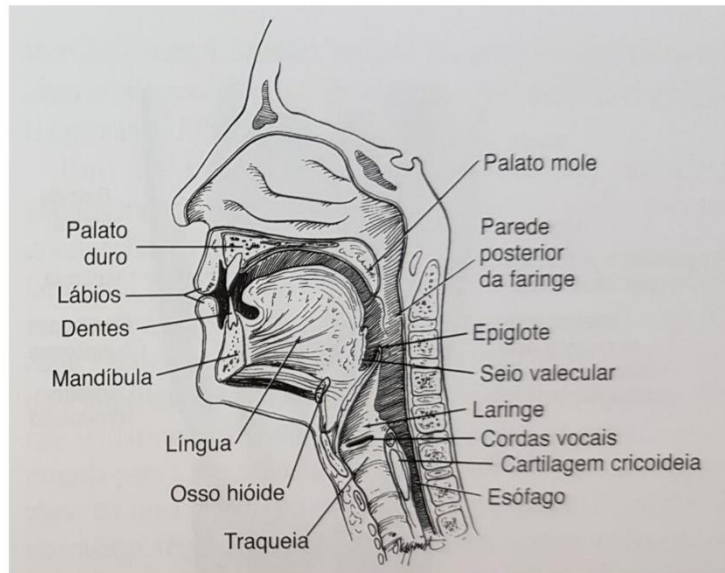
- Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento conceptual, Enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2004). Quadro de referência para a construção de indicadores de qualidade e produtividade na enfermagem, *Suplemento da revista Ordem dos Enfermeiros*. (13), 3-8.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: concepts of practice* (6 nd.). St. Louis: Mosby.
- Petronilho, F. (2012). Autocuidado: conceito central da enfermagem. Coimbra: Formasau.
- Reiser, M.F., Hricak, H., Knauth, M. (2012). *Dysphagia: Diagnosis and treatment*. Berlin: Springer.
- Santoro, P.P., et al. (2011). Otolaryngology and speech therapy evaluation in the assessment of oropharyngeal dysphagia: A combined protocol proposal. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, 77(2), p.201–213 **DOI:** 10.1590/S1808-86942011000200010
- Seeley, R.R., Stephens, T.D. & Tate, P. (2005). Anatomia & fisiologia (M.T. Leal, M.C. Durão, L. Abecasis) (6ªed.). Loures: Lusociência. (Tradução do original do inglês Anatomy & physiology, 2003, Columbus: McGraw-Hill)
- Silva, R.G. (2007). A eficácia da reabilitação em disfagia orofaríngea. *Pró-Fono Revista de atualização Científica*, 19(1), p.123-130. **DOI:** 10.1590/S0104-56872007000100014
- Soares, A. (2014). Disfagia: avaliação e reabilitação. *Jornal Médico*. Hospital São João do Porto. Acedido 05-05-2016. Disponível em: <http://www.justnews.pt/artigos/disfagia-avaliacao-e-reabilitacao/#.VzhYkfrLIU>
- Takahata, H., Tsutsumi, K., Baba, H., Nagata, I. & Yonekura, M. (2011). Early intervention to promote oral feeding in patients with intracerebral hemorrhage: A retrospective cohort study. *BioMed Central Neurology*, 11(6), p.1-7. **DOI:** 10.1186/1471-2377-11-6
- The Joanna Briggs Institute. (2000). Identification and nursing management of dysphagia in adults with neurological impairment. *The Joanna Briggs Institute*, 4(2), p.1-6. Acedido 30-06-2016. Disponível em: <http://connect.jbiconnectplus.org/viewsourcefile.aspx?0=4313>

- The Joanna Briggs Institute. (2015). *Joanna briggs institute reviewer's manual 2015 (Methodology for JBI scoping reviews)*. Adelaide: The Joanna Briggs Institute.
- Tomey, A.M. & Alligood, M.R. (2004). *Teóricas de enfermagem e a sua obra: Modelos e teorias de enfermagem*. (A.R. Albuquerque). Loures: Lusociência. (Tradução do original do inglês Nursing theorists and their work, 5nd ed, 2002, New Jersey: Mosby)
- Unidade Curricular de Opção II (Apresentação PowerPoint). Prof.<sup>a</sup> Doutora Maria Antónia Rebelo Botelho. ESEL, 2016.
- Victoriano, R.G. & Bevilacqua, J.A. (2009). Disfagia en el paciente neurológico. *Revista Hospital Clínico Universidad de Chile*, 20, p.252-262. Acedido 01-07-2016. Disponível em: <https://www.redclinica.cl/Portals/0/Users/014/14/14/Publicaciones/Revista/disfagia.pdf>
- Westergren, A., Ohlsson, O. & Hallberg, I.R. (2001). Eating difficulties, complications and nursing interventions during a period of three months after a stroke. *Journal of Advanced Nursing*, 35(3), p.416-426. DOI: 10.1046/j.1365-2648.2001.01884.x
- Westergren, A. (2006). Detection of eating difficulties after stroke: A systematic review. *Internacional Nursing Review*, 53(2), p.143-149. DOI: 10.1111/j.1466-7657.2006.00460.x
- World Gastroenterology Organization. (2014). World gastroenterology organization practice guidelines dysphagia. Acedido a 20-04-2016. Disponível em: <http://www.worldgastroenterology.org/UserFiles/file/guidelines/dysphagia-portuguese-2014.pdf>
- Zhen, Y., Wang, J., Tao, D., Wang, H. & Chen, W. (2012). Efficacy survey of swallowing function and quality of life in response to therapeutic intervention following rehabilitation treatment in dysphagic tongue cancer patients. *European Journal of Oncology Nursing*, 16(1), p.54-58. DOI: 10.1016/j.ejon.2011.03.002

**ANEXOS**

Anexo I - Estruturas associadas à deglutição e localização anatômica

Anexo I - Estruturas associadas à deglutição e localização anatômica



Fonte: Hoeman, S.P. (2011).

## APÊNDICES

Apêndice I – Pares cranianos envolvidos no processo de deglutição

Apêndice I- Pares cranianos envolvidos no processo de deglutição

Pares Cranianos envolvidos na deglutição	Inervação motora (Eferente)	Inervação Sensitiva (Aferente)
<b>V – Trigêmio</b>	Músculos mastigação (masséter; temporal; pterigóideos interno e externo); Palato mole (tensor do véu palatino). Garganta (ventre anterior do digástrico e músculo Milo hióideo).	Maxilares, dentes e gengiva (ramo maxilar); Sensibilidade dos 2/3 anteriores da língua (ramo mandibular) e palato; Reconhecimento da forma e textura dos alimentos. Posição da Mandíbula.
<b>VII - Facial</b>	Controle muscular dos lábios para o seu encerramento e cavidade oral. (Controlo dos músculos da expressão facial).	Paladar nos 2/3 anteriores da língua.
<b>IX - Glossofaríngeo</b>	Inervação da glândula salivar parótida e glândulas do 1/3 posterior da língua. Músculo faríngeo (estilofaríngeo), elevando a laringofaringe.	Sensibilidade e paladar do 1/3 posterior da língua e sensitiva da faringe.
<b>X – Vago</b>	Palato mole, faringe, músculos intrínsecos da laringe e palatoglosso.	Sensitivo para a faringe inferior, laringe e sentido do paladar para a parte posterior da língua.
<b>XI- Espinhal</b>	Palato mole, faringe, esternocleidomastóideo e trapézio.	
<b>XII - Hipoglosso</b>	Músculos intrínsecos e extrínsecos da língua (estiloglosso; hipoglosso; genioglosso). Músculos da garganta (tiro-hiódeu e genio-hiódeu), pelos nervos cervicais que acompanham o hipoglosso.	

Fonte: Hoeman, S.P. (2011); Seeley, R.R., Stephens, T.D. & Tate, P. (2005); Marchesan, I.Q., (2004).

Apêndice II – Alteração da deglutição, sinais e fases da deglutição

Apêndice II – Alteração da deglutição, sinais e fases da deglutição

Fase Oral Preparatória	Fase Oral	Fase Faringea
Encerramento labial ineficaz	Saída de conteúdo alimentar para fora da cavidade oral	Atraso ou ausência do reflexo de deglutição
Movimentos e coordenação da língua para controlo do bolo alimentar alterados	Redução da amplitude do movimento anterior e posterior da língua com descoordenação	Diminuição do peristaltismo da faringe
Diminuição da sensibilidade oral		Disfunção cricofaríngea
Amplitude de movimento lateral e vertical da mandíbula reduzida		Reduzida elevação e encerramento ineficaz da laringe
		Tosse e mudanças na qualidade da voz
		Dificuldade respiratória

Fonte: HSFO,2006; MENOITA, 2012; WGO,2014;Victoriano & Bevilacqua, 2009.

Apêndice III – Sinais e Sintomas de Disfagia

Apêndice III – Sinais e Sintomas de Disfagia

Generais	Durante a alimentação	Após a alimentação
Difícil gestão da saliva na cavidade oral (confusão com sialorreia)	Início lento do reflexo de deglutição ou atraso (mais de 5 segundos)	Qualidade da voz tipo "molhada"
Reflexo de tosse e/ou deglutição reduzido ou ausente	Deglutição descoordenada ou repetitiva	Fadiga
Mudanças na qualidade da voz (nasalada)	Mastigação descoordenada	Alteração do padrão respiratório
Difícil encerramento dos lábios	Armazenamento do conteúdo alimentar nas bochechas	
Paralisia, descoordenação ou hipotonia da língua	Regurgitação nasal	
Tentativas de "limpar" a garganta	Aumento do tempo despendido na refeição	
Higiene oral deficiente	Tosse ou espirros durante ou após a alimentação	
Desidratação e perda de peso		
Infeções respiratórias recorrentes		

Fonte: Januário, J.C. (2012); The Joanna Briggs Institute. (2000).

Apêndice IV – Intervenções de avaliação e reabilitação por parte do  
EEER

Apêndice IV – Intervenções de avaliação e reabilitação por parte do EEER

Avaliação	Reabilitação
Estado de consciência, atenção, orientação, cooperação	Cuidados de higiene oral
História clínica e alimentar	Colocação ou não de SNG
Controlo da cabeça na posição de sentado	Estimulação peri-oral (estimulação térmica e tátil, massagens e exercícios passivos e de fortalecimento do tônus e melhoria da mobilidade)
Simetria da face	Estimulação intra-oral, com exercícios de resistência muscular (aumentar força dos lábios, aumento da resistência da língua e exercícios para o palato mole)
Lábios (cor, hidratação e simetria)	Exercícios de controlo do bolo alimentar
Saliva presente na cavidade oral	Exercícios para aumentar a adução dos tecidos no topo da via aérea, para sua proteção
Fechar os lábios firmemente e abrir a boca	Exercícios de mobilidade laríngea
Simetria interna das estruturas da cavidade oral	Manobras posturais
Número e estado da dentição	Manobras compensatórias da via aérea
Mucosa oral	Uso de produtos de apoio
Sensibilidade oral, facial e de degustação	Mudança de consistência da dieta
Qualidade da voz e da fala	Ensinos e avaliação dos mesmos à pessoa e/ou família
Reflexo de tosse	
Avaliação dos pares cranianos (ANEXO VI)	
Observar a pessoa a deglutir	

Fonte: Hoeman, 2011; JBI, 2000; Januário, 2012; MENOITA, 2012.

## Apêndice V – Avaliação dos pares Cranianos

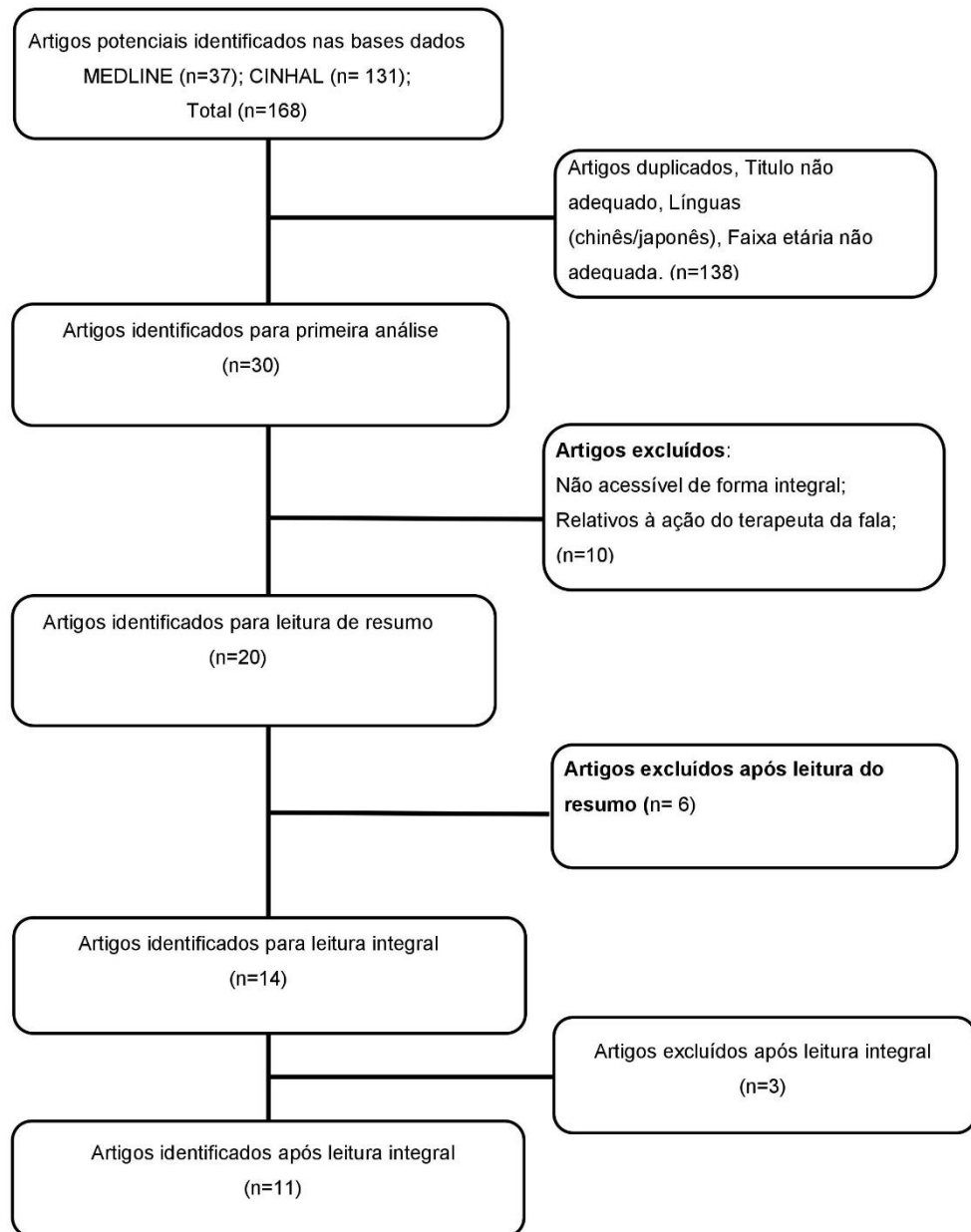
Apêndice V – Avaliação dos pares Cranianos

Pares Cranianos	Avaliação
XII – Hipoglosso	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observar movimentos irregulares e assimetria da língua, dentro e fora da cavidade oral;</li> <li>• Pedir para mover a língua para ambos os lados e de dentro para fora.</li> </ul>
IX – Glossofaríngeo; X - Vago	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pedir para fazer “ah” em que a úvula e o palato mole devem elevar-se, sendo que a úvula desvia para o lado não afetado;</li> <li>• Estimular a úvula para averiguar o reflexo de vômito;</li> </ul>
V – Trigêmio	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cerrar os dentes;</li> <li>• Mastigar e mover o maxilar inferior para ambos os lados com resistência da mão do enfermeiro;</li> <li>• Avaliar a sensibilidade da face;</li> </ul>
VII – Facial	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observar a simetria da face e/ou presença de “tiques”;</li> <li>• Cerrar os dentes;</li> <li>• Pedir para sorrir;</li> <li>• Elevar as sobrancelhas;</li> <li>• franzir a testa;</li> <li>• Assobiar e soprar;</li> <li>• Identificar sabores doces e salgados no 1/3 anterior da língua;</li> </ul>
XI – Espinhal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elevar os ombros sem e contra resistência da mão do enfermeiro;</li> <li>• Lateralizar a cabeça com e sem resistência da mão do enfermeiro;</li> </ul>

Fonte: Hoeman, 2011; Menoita, 2012.

Apêndice VI – Diagrama de Pesquisa

Apêndice VI – Diagrama de Pesquisa



Apêndice VII – Guião das Entrevistas realizadas

Apêndice VII – Guião das Entrevistas realizadas

<b>Guião de Entrevista ao Enfermeiro(a) Chefe</b>	
<b>1. Caracterização do serviço</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1.1. Qual a missão/objetivos do serviço?</li> <li>1.2. Qual a área geográfica de abrangência do serviço?</li> <li>1.3. Qual o número de vagas disponíveis e taxa de ocupação?</li> <li>1.4. Como é formado o espaço físico do serviço?</li> <li>1.5. Qual a média de dias de internamento?</li> <li>1.6. Que grupos profissionais integram o serviço?</li> <li>1.7. Qual a interligação com outros serviços intra-hospitalares, extra-hospitalares e comunidade?</li> </ul>
<b>2. Caracterização da população assistida</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>2.1. Qual a média de idades da população assistida?</li> <li>2.2. Quais as patologias mais comuns?</li> <li>2.3. Que necessidades de cuidados por parte do EEER são mais frequentes?</li> <li>2.4. Como é o percurso da pessoa na instituição e como é feito o seu encaminhamento/referenciação?</li> <li>2.5. Quais as principais necessidades de intervenção que o EEER identifica no âmbito das alterações da deglutição/autocuidado da alimentação?</li> <li>2.6. Quais as principais necessidades de intervenção pelo EEER na população assistida?</li> </ul>
<b>3. Gestão dos Recursos Humanos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>3.1. Quantos enfermeiros fazem parte do serviço?</li> <li>3.2. Quantos enfermeiros são especialistas e quantos são EEER?</li> <li>3.3. Qual o horário praticado?</li> <li>3.4. Como é feita a distribuição dos enfermeiros? E do EEER?</li> </ul>
<b>4. Gestão dos cuidados</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>4.1. Qual o modelo e método de trabalho implementado na equipe de enfermagem?</li> <li>4.2. Quais as escalas mais utilizadas no serviço?</li> <li>4.3. Como são efetuados os registos de enfermagem? e do EEER?</li> </ul>

	<p>4.4. Quais as normas/protocolos existentes no serviço no âmbito da enfermagem de reabilitação?</p> <p>4.5. Que projetos existem que abordem dos cuidados de enfermagem de reabilitação?</p> <p>4.6. Que projetos existem onde o papel do EEER é preponderante?</p> <p>4.7. Como são avaliados as pessoas que necessitam de cuidados de enfermagem de reabilitação?</p> <p>4.8. Como é que é feito o envolvimento da família nos cuidados? Ensinos mais frequentes? Necessidades observadas?</p> <p>4.9. Qual o papel do EEER na decisão da alta/encaminhamento da pessoa?</p>
<p><b>5. Gestão de recursos materiais</b></p>	<p>5.1. Quais os materiais de apoio existentes no serviço?</p> <p>5.2. Que material específico para os cuidados de enfermagem de reabilitação existem no serviço?</p>
<p><b>6. Expetativas do serviço</b></p>	<p>6.1. Quais as formações/necessidades observadas?</p> <p>6.2. Têm projetos em estudo e/ou em implementação?</p>

Apêndice VIII – Objetivos, Atividades, Indicadores e Critérios de  
Avaliação

Apêndice VIII – Objetivos, Atividades, Indicadores e Critérios de Avaliação

Serviço de Neurocirurgia do [REDACTED] e Unidade de cuidados na Comunidade – [REDACTED]			
1. <b>Objetivo Específico:</b> Estabelecer no processo de tomada de decisão a dimensão ética e deontológica, garantindo a segurança e qualidade dos cuidados prestados.			
Domínios e Competências	Atividades	Indicadores e critérios de avaliação	Recursos
<p><b>A. Responsabilidade profissional, ética e legal</b>  <b>A1.</b> Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção.  <b>A2.</b> Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais</p> <p><b>B. Domínio da melhoria da qualidade</b>  <b>B3.</b> Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.</p> <p><b>D. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais</b>  <b>D1.</b> Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade  <b>D2.</b> Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento (OE,2010)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicação de princípios, valores e normas éticas e deontológicas no processo de tomada de decisão;</li> <li>• Compreensão das capacidades, crenças, valores e desejos da pessoa aquando a planificação de intervenções de ER;</li> <li>• Proteção dos direitos da pessoa/família à vida, à qualidade de vida, ao cuidado pessoal, ao sigilo, nos valores humanos, políticos, religiosos, culturais;</li> <li>• Aplicação de medidas de informação à pessoa/família para a sua singularidade no planeamento de intervenções;</li> <li>• Criação de uma comunicação eficaz com a pessoa sobre a sua situação de saúde e todos os procedimentos de enfermagem de reabilitação, obtendo o seu consentimento e participação na tomada de decisão;</li> <li>• Aplicação de estratégias de resolução de problemas em parceria com a pessoa e família;</li> <li>• Participação em atividades multidisciplinares e colaborar na tomada</li> </ul>	<p><b>Indicadores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Observa a satisfação da pessoa e/ou família, face aos cuidados, no respeito pelas suas capacidades, crenças, valores e desejos;</li> <li>• Garante princípios éticos e deontológicos;</li> <li>• Evidência de uma conduta profissional com não formulação de juízos de valor face a pessoa assistida;</li> <li>• Cuida da pessoa e/ou família sem discriminação económico-social, política ou religiosa;</li> <li>• Desenvolve estratégias de resolução de problemas em parceria com pessoa e família;</li> <li>• Garante a segurança, a informação e confidencialidade da pessoa e família;</li> <li>• Respeita a pessoa e seus direitos e sua participação na tomada de decisão;</li> <li>• Participa na tomada de decisão em equipa, manifestando a minha dimensão ética, tendo em conta a condição de estudante;</li> </ul>	<p><b>Humanos:</b>            Utentes inseridos nos locais de ensino clínico e suas famílias;            EEER Orientador(a) e restante equipa de enfermagem;            Professor Orientador da ESEL;</p> <p><b>Físicos:</b>            Serviço de Neurocirurgia            UCC-[REDACTED]</p> <p><b>Materiais:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pesquisa em bases de dados científicas;</li> <li>• Código Deontológico;</li> <li>• Guias de integração e acolhimento disponíveis;</li> <li>• Equipamentos de apoio (bloco de notas);</li> <li>• Diários de aprendizagem;</li> </ul> <p><b>Temporais:</b>            Cronograma de objetivos específicos (Apêndice IX)</p>

	<p>de decisão na equipa de reabilitação tendo em conta a condição de estudante;</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Reflete sobre decisões tomadas tendo em conta o processo e a conceção realizada;</li></ul> <p><b><u>Critérios de avaliação:</u></b> De que forma as atividades planeadas contribuíram para a qualidade e segurança dos cuidados tendo por base princípios éticos e deontológicos na tomada de decisão;</p>	
--	---	--	--

**Serviço de Neurocirurgia do [REDACTED] e Unidade de cuidados na Comunidade – [REDACTED]**

**2. Objetivo Específico:** Estabelecer um ambiente terapêutico seguro, com competências de comunicação para a criação de relação terapêutica com a pessoa e/ou família, tendo em conta os seus domínios físicos, psicossocial, cultural e espiritual.

Domínios e Competências	Atividades	Indicadores e critérios de avaliação	Recursos
<p><b>A. Responsabilidade profissional, ética e legal</b>  <b>A1.</b> Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção.  <b>A2.</b> Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais  <b>B. Domínio da melhoria da qualidade</b>  <b>B3.</b> Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.  <b>D. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais</b>  <b>D1.</b> Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade  <b>D2.</b> Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento (OE,2010)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atuação sobre as necessidades culturais e espirituais da pessoa, como parte da segurança e qualidade dos cuidados;</li> <li>• Envolvimento da família nos cuidados, minimizando necessidades culturais e espirituais;</li> <li>• Realização de registos de enfermagem de reabilitação precisos, permitindo a continuidade do plano de cuidados, a segurança e a qualidade dos cuidados;</li> <li>• Concretização de ações que visem o respeito e manutenção do bem-estar e segurança da pessoa;</li> <li>• Aplicação de princípios de ergonomia e dispositivos tecnológicos no sentido de prevenir danos nos profissionais de saúde, clientes, pessoas significativas no contexto da prática dos cuidados;</li> <li>• Comunicação adaptada às especificidades da pessoa e/ou família, respeitando as suas necessidades de comunicação;</li> </ul>	<p><b>Indicadores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evidência da satisfação da pessoa e família nos cuidados (satisfação das suas necessidades culturais e espirituais), condições ambientais, qualidade e segurança dos cuidados;</li> <li>• Envolve a família nos cuidados efetuando ensinamentos necessários;</li> <li>• Comunica e documenta cuidados prestados com vista à satisfação das necessidades culturais e espirituais;</li> <li>• Comunica e documenta as intervenções sobre o ambiente onde se realizam os cuidados;</li> <li>• Comunica e documenta ações de prevenção de danos nos clientes e outros intervenientes nos cuidados;</li> <li>• Evidência de registos de enfermagem sobre o plano de cuidados de reabilitação pré estabelecido que visem e satisfaçam as necessidades do cliente e sua segurança e qualidade dos cuidados prestados;</li> <li>• Uso de linguagem adaptada à pessoa e/ou família;</li> </ul>	<p><b>Humanos:</b>  Utentes inseridos nos locais de ensino clínico e suas famílias;  EEER Orientador(a) e restante equipa de enfermagem;  Professor Orientador da ESEL;</p> <p><b>Físicos:</b>  Serviço de Neurocirurgia  UCC- [REDACTED]</p> <p><b>Materiais:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pesquisa em bases de dados científicas;</li> <li>• Equipamentos de apoio (bloco de notas...)</li> <li>• Diários de aprendizagem;</li> </ul> <p><b>Temporais:</b>  Cronograma de objetivos específicos (Apêndice IX)</p>

	<ul style="list-style-type: none"><li>• Estabelecimento de relação terapêutica profissional, com objetivos instituídos e no plano de reabilitação;</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Cria uma comunicação efetiva com compreensão mútua;</li><li>• Cria uma relação terapêutica para desenvolver um plano de reabilitação;</li></ul> <p><b><u>Critérios de avaliação:</u></b></p> <p>De que forma as atividades planejadas contribuíram para garantir um ambiente terapêutico seguro;</p> <p>De que forma as atividades planejadas contribuíram para desenvolver competências de comunicação e estabelecimento de relação terapêutica com a pessoa e/ou família;</p>	
--	--	---	--

**Serviço de Neurocirurgia do [REDACTED] e Unidade de cuidados na Comunidade – [REDACTED]**

**3. Objetivo Específico:** Reconhecer e integrar as dinâmicas do serviço, do EEER e da equipa multidisciplinar, na sua vertente estrutural, funcional e organizacional.

Domínios e Competências	Atividades	Indicadores e critérios de avaliação	Recursos
<p><b>A. Responsabilidade profissional, ética e legal</b>  <b>A1.</b> Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção.  <b>A2.</b> Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais</p> <p><b>B. Domínio da melhoria da qualidade</b>  <b>B3.</b> Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.</p> <p><b>C. Gestão dos Cuidados</b>  <b>C1.</b> Gere os cuidados otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e articulação na equipa multidisciplinar</p> <p><b>D. Domínio do desenvolvimento das</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realização de visitas aos locais de ensino clínico;</li> <li>• Cumprir a reunião e entrevista informal com enfermeiro(a) chefe a nível hospitalar e comunitário.</li> <li>• Observação e identificação das estruturas físicas de cada serviço;</li> <li>• Compreensão da estrutura organizacional e dos recursos humanos e materiais dos serviços;</li> <li>• Integração da dinâmica diária de cada local e interligação com restante equipa multidisciplinar e outros serviços/instituições;</li> <li>• Compreensão do circuito da pessoa na instituição e articulação com outros serviços ou recursos, com foco nos cuidados de enfermagem de reabilitação;</li> <li>• Consulta de normas e protocolos vigentes;</li> <li>• Consulta de projetos em curso nos quais o EEER se encontre inserido;</li> <li>• Consulta de projetos em curso, nos quais o(a) EEER orientador(a) se encontre inserido(a);</li> </ul>	<p><b>Indicadores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ter realizado visitas aos locais de ensino clínico;</li> <li>• Ter cumprido reunião e entrevista informal com enfermeiros (as) chefes, seguindo guião de entrevista pré estabelecido;</li> <li>• Compreende a missão e filosofia organizacional e de cuidados;</li> <li>• Reconhece a estrutura física dos locais, recursos materiais e pessoais;</li> <li>• Conhece a dinâmica, organização estrutural e funcional de cada serviço;</li> <li>• Conhece normas, protocolos, projetos, procedimentos da instituição e serviço;</li> <li>• Reconhece projetos no âmbito da enfermagem de reabilitação nos serviços;</li> <li>• Identifica o papel do EEER na equipa multidisciplinar e junto da pessoa e/ou família;</li> <li>• Conhece e participa nos projetos desenvolvidos pelo(a) EEER orientador(a);</li> <li>• Mobiliza conhecimentos atualizados e adequados à atuação como EEER;</li> </ul>	<p><b>Humanos:</b>            Utentes inseridos nos locais de ensino clínico e suas famílias;            EEER Orientador(a) e restante equipa de enfermagem;            Professor Orientador da ESEL;</p> <p><b>Físicos:</b>            Serviço de Neurocirurgia UCC-[REDACTED]</p> <p><b>Materiais:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Guião de entrevista (Apêndice II)</li> <li>• Manuais de normas e protocolos das instituições;</li> <li>• Guias de integração e acolhimento disponíveis;</li> <li>• Projetos de enfermagem de reabilitação implementados nos serviços;</li> <li>• Equipamentos de apoio (bloco de notas);</li> </ul>

<p><b>aprendizagens profissionais</b></p> <p><b>D1.</b> Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade</p> <p><b>D2.</b> Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento (OE,2010)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observação e colaboração nas práticas diárias;</li> <li>• Participação nos projetos desenvolvidos pelo(a) EEER orientador(a);</li> <li>• Participação nas intervenções que o(a) EEER orientador(a) desenvolve na promoção da continuidade dos cuidados, na equipa e na comunidade;</li> <li>• Cooperação na continuidade dos cuidados para necessidades não colmatas ou que possam surgir no regresso a casa;</li> <li>• Participação na visita domiciliária para conhecer a pessoa e/ou família no seu contexto sociofamiliar e condições habitacionais;</li> <li>• Reflexão sobre as práticas desenvolvidas e partilha de experiências com o professor orientador e EEER orientador(a);</li> <li>• Participação em reuniões e partilha de conhecimentos com a equipa e EEER;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participa na visita domiciliária e promove a continuidade dos cuidados;</li> <li>• Identifica e planeia intervenções e estratégias de EEER na promoção da continuidade dos cuidados em equipa e na comunidade;</li> <li>• Cria uma relação profissional com a equipa multidisciplinar, assumindo de forma gradual o papel de enfermeira de reabilitação, tendo em conta a condição de estudante;</li> <li>• Promove a articulação com toda a equipe de saúde quando o for possível;</li> <li>• Participa em reuniões e partilha de conhecimentos com a equipa e EEER;</li> <li>• Reflete sobre as práticas desenvolvidas e partilha experiências com o(a) EEER orientador(a) e professor orientador;</li> </ul> <p><b><u>Critérios de Avaliação:</u></b></p> <p>De que forma as atividades planeadas contribuíram para a integração nos locais de ensino clínico;</p> <p>Ponderação sobre atividades diárias e como estas ajudaram a atingir o objetivo.</p> <p>De que forma as atividades planeadas contribuíram para a integrar as dinâmicas como EEER;</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diários de aprendizagem;</li> </ul> <p><b><u>Temporais:</u></b></p> <p>Cronograma de objetivos específicos (Apêndice IX)</p>
--	--	--	---

**Serviço de Neurocirurgia do Hospital [REDACTED] e Unidade de cuidados na Comunidade – [REDACTED]**

**4. Objetivo Específico:** Formular intervenções de enfermagem de reabilitação na pessoa de todas as idades com incapacidade, limitação/restricção na ação de carácter permanente ou temporário com vista à qualidade de vida e reintegração social;

Domínios e Competências	Atividades	Indicadores e critérios de avaliação	Recursos
<p><b>B. Domínio da melhoria da qualidade</b>  <b>B3.</b> Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.</p> <p><b>C. Gestão dos Cuidados</b>  <b>C1.</b> Gere os cuidados otimizando a resposta da equipe de enfermagem e seus colaboradores e articulação com equipe multidisciplinar</p> <p><b>D. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais</b>  <b>D1.</b> Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade  <b>D2.</b> Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento  <b>J1.1.</b> Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realização de colheita de dados completa (condições habitacionais, barreiras arquitetónicas, contexto sociofamiliar e profissional, situação económica, nível de conhecimento da doença, antecedentes pessoais, exames complementares de diagnóstico...);</li> <li>• Avaliação da pessoa: Avaliação neurológica; Recurso a escalas: Escalas de dor e Braden; Índice de Barthel e/ou MIF; Escala de Lower; Escala modificada de Ashworth;</li> <li>• Identificação em conjunto com a pessoa e/ou família possíveis barreiras arquitetónicas na comunidade desenvolvendo estratégias para minimiza-las;</li> <li>• Elaboração de um plano de cuidados de reabilitação especializado e individualizado;</li> <li>• Execução do planeado de acordo com a pessoa e sua reeducação funcional, promovendo o auto-cuidado;</li> <li>• Prestação de cuidados de reabilitação nas diferentes áreas de défice de autocuidado identificadas de acordo com a avaliação efetuada da pessoa e/ou família e o quadro conceptual de Dorothea Orem;</li> </ul>	<p><b>Indicadores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realiza colheita de dados para a planificação de intervenções de enfermagem de reabilitação;</li> <li>• Avalia a pessoa para identificar necessidades e posterior planeamento de intervenções;</li> <li>• Integra os cuidados num plano de reabilitação global e individual;</li> <li>• Define um plano de cuidados especializados de acordo com a pessoa e/ou família;</li> <li>• Presta cuidados enquadrados nos sistemas de enfermagem definidos por Dorothea Orem nas diferentes áreas de défice de autocuidado identificadas;</li> <li>• Integra a pessoa e/ou família nos cuidados capacitando-os para os mesmos, promovendo a sua autonomia e autocuidado;</li> <li>• Aprofunda e desenvolve técnicas específicas de ER no cuidado à pessoa com défice de auto-cuidado;</li> <li>• Realiza ensinamentos através de demonstração e treino de técnicas específicas na área de</li> </ul>	<p><b>Humanos:</b>  Utentes inseridos nos locais de ensino clínico e suas famílias;  EEER Orientador(a) e restante equipa de enfermagem;  Professor Orientador da ESEL;</p> <p><b>Físicos:</b>  Serviço de Neurocirurgia UCC-[REDACTED]</p> <p><b>Materiais:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pesquisa em bases de dados científicas;</li> <li>• Pesquisa digital (sites da especialidade, sites governamentais);</li> <li>• Fontes de informação físicas (biblioteca, livros, publicações);</li> <li>• Equipamentos de apoio disponíveis nos serviços;</li> <li>• Instrumentos de medida;</li> <li>• Equipamentos de apoio (bloco de notas);</li> </ul>

<p><b>J1.2.</b> Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e auto-cuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade</p> <p><b>J1.4.</b> Avalia os resultados das intervenções implementadas</p> <p><b>J2.1.</b> Elabora e implementa programa de treino de AVD's visando a adaptação às limitações da mobilidade e á maximização da autonomia e qualidade de vida</p> <p><b>J2.2.</b> Promove a mobilidade e acessibilidade e a participação social (OE,2010; OE,2010)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Integração da pessoa e/ou família nos cuidados, capacitando-os para a execução independente, conjunta ou individual, visando a promoção do seu auto-cuidado.</li> <li>• Realização de ensinios, demonstrações e treino de técnicas específicas de readaptação às AVD à pessoa e/ou família;</li> <li>• Demonstração da utilização de produtos de apoio e utilizá-los em conjunto com a pessoa e família;</li> <li>• Validação do ensino efetuado e utilização de diferentes equipamentos e técnicas através da demonstração e explicação pela pessoa e/ou família;</li> <li>• Avaliação e identificação de recursos disponíveis na comunidade, enquadrados na legislação vigente que possibilitem a integração social da pessoa;</li> <li>• Articulação com outros profissionais envolvidos, quando possível, orientando a pessoa para serviços no âmbito técnico, social, entre outros.</li> <li>• Registo dos cuidados de reabilitação prestados no processo clinico do utente.</li> <li>• Reflexão com Enfermeiro(a) Orientador(a) e Professor Orientador das avaliações realizadas, intervenções planeadas e resultados obtidos, alterando ou corrigindo sempre que necessário, garantindo a sua qualidade e adequação.</li> </ul>	<p>ER e utiliza produtos de apoio na readaptação às AVD;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Valida ensinios junto da pessoa e/ou família com confirmação da informação e execução de técnicas;</li> <li>• Identifica barreiras arquitetónicas e recursos na comunidade, dentro do quadro legal aplicável;</li> <li>• Reajuste do planeado sempre que o seja necessário;</li> <li>• Documenta notas evolutivas, intervenções realizadas e reações da pessoa e/ou família, assim como a compreensão do seu papel no enquadramento dos cuidados;</li> <li>• Regista a evidência de ganhos em independência, através de escalas;</li> <li>• Regista notas para garantia da continuidade dos cuidados (notas de ER, carta de transferência...);</li> </ul> <p><b><u>Crítérios de avaliação:</u></b></p> <p>De que forma as atividades planeadas permitiram prestar cuidados de ER na pessoa de todas as idades com incapacidade, limitação/restricção na ação de caráter permanente ou temporário.</p> <p>De que forma as atividades planeadas contribuíram para a qualidade de vida e reintegração social da pessoa.</p>	<p><b><u>Temporais:</u></b> Cronograma de objetivos específicos (Apêndice IX)</p>
---	---	--	---

**Serviço de Neurocirurgia do Hospital [REDACTED] e Unidade de cuidados na Comunidade – [REDACTED]**

<p><b>5. Objetivo Específico:</b> Identificar na pessoa défices de autocuidado a nível motor e cardiorrespiratório.</p> <p><b>6. Objetivo Específico:</b> Planear intervenções de enfermagem de reabilitação para a pessoa com défices motores e cardiorrespiratórios.</p>			
Domínios e Competências	Atividades	Indicadores e critérios de avaliação	Recursos
<p><b>A. Responsabilidade profissional, ética e legal</b></p> <p><b>B. Domínio da melhoria da qualidade</b>  <b>B3.</b> Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.</p> <p><b>C. Gestão dos Cuidados</b>  <b>C1.</b> Gere os cuidados otimizando a resposta da equipe de enfermagem e seus colaboradores e articulação com equipe multidisciplinar</p> <p><b>D. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais</b></p> <p><b>J1.1.</b> Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades</p> <p><b>J1.2.</b> Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pesquisa de literatura técnica e de investigação, na área de enfermagem de reabilitação;</li> <li>• Leitura de literatura pertinente e com rigor científico para a enfermagem de reabilitação;</li> <li>• Identificação das necessidades e problemas da pessoa com défice de autocuidado motor e respiratório;</li> <li>• Elaboração de um plano de cuidados especializado e individualizado;</li> <li>• Integração dos cuidados especializados de enfermagem de reabilitação num plano global e multidisciplinar;</li> <li>• Execução do planeado face a pessoa e/ou família, técnicas a utilizar para melhorar o desempenho motor e cardiorrespiratório e os seus objetivos e metas pessoais;</li> <li>• Integração da pessoa e/ou família nos cuidados, capacitando-os para a execução independente, conjunta ou individual dos mesmos;</li> <li>• Execução de técnicas específicas de enfermagem de reabilitação na pessoa com necessidade de reabilitação motora ou RFR (reeducação funcional</li> </ul>	<p><b>Indicadores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ter consultado bibliografia;</li> <li>• Pesquisa na base de dados EBSCO e bibliografia;</li> <li>• Ter lido literatura pertinente com rigor científico e técnico para a enfermagem de reabilitação;</li> <li>• Identifica problemas e necessidades da pessoa com défice motor e/ou cardiorrespiratório para a realização de técnicas de enfermagem de reabilitação;</li> <li>• Identifica problemas e necessidades da pessoa com défice motor e/ou cardiorrespiratório que possam condicionar a realização de técnicas;</li> <li>• Integra os cuidados num plano de reabilitação global e individualizado à pessoa e/ou família;</li> <li>• Define um plano de reabilitação especializado tendo em conta a pessoa e/ou família, incluindo técnicas de melhoria no desempenho motor e cardiorrespiratório;</li> <li>• Integra a pessoa e/ou família nos cuidados, capacitando-os para a sua ação independente, conjunta ou individual;</li> </ul>	<p><b>Humanos:</b></p> <p>Utentes inseridos nos locais de ensino clínico e suas famílias;          EEER Orientador(a) e restante equipa de enfermagem;          Professor Orientador da ESEL;</p> <p><b>Físicos:</b></p> <p>Serviço de Neurocirurgia UCC-[REDACTED]</p> <p><b>Materiais:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pesquisa em bases de dados científicas;</li> <li>• Pesquisa digital (sites da especialidade...);</li> <li>• Fontes de informação físicas (biblioteca, livros, publicações);</li> <li>• Equipamentos disponíveis nos serviços;</li> <li>• Equipamentos de apoio (bloco de notas);</li> </ul>

<p>autocontrolo e auto-cuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade</p> <p><b>J1.3.</b> Implementa intervenções planeadas com objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardiopulmonar da alimentação, da eliminação e da sexualidade.</p> <p><b>J1.4.</b> Avalia os resultados das intervenções implementadas</p> <p><b>J.3.1.</b> Concebe e implementa programas de treino motor e cardio-respiratório</p> <p><b>J3.2.</b> Avalia e reformula programas de treino motor e cardio-respiratório em função dos resultados esperados (OE,2010; OE,2010)</p>	<p>respiratória), com apoio do(a) enfermeiro(a) orientador(a);</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Integração de sessões de treino motor e/ou sessões de RFR;</li> <li>• Avaliação e ajuste do plano de cuidados especializados de reabilitação à pessoa com necessidade de reabilitação motora e/ou RFR;</li> <li>• Seleção e prescrição de produtos de apoio quando necessário, ensinando e supervisionando a sua utilização, tendo como fim maximizar a capacidade funcional da pessoa;</li> <li>• Realização de formação no serviço, consoante a disponibilidade do mesmo e pertinência de temáticas a abordar;</li> <li>• Reflexão sobre as práticas desenvolvidas e partilha de experiências com o professor orientador e EEER orientador(a);</li> <li>• Registo dos cuidados de enfermagem de reabilitação no processo de enfermagem da pessoa;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Integra sessões de treino motor e/ou planeia sessões de RFR;</li> <li>• Executa técnicas específicas de ER na pessoa com défice motor e ou necessidade de RFR;</li> <li>• Avalia e ajusta o plano de cuidados especializados de reabilitação à pessoa com défice motor e/ou cardiopulmonar;</li> <li>• Seleciona e prescreve produtos de apoio quando necessários, ensina e supervisiona a sua utilização;</li> <li>• Reflete sobre temáticas desenvolvidas e partilha experiências com o professor orientador e EEER orientador(a);</li> <li>• Elabora registos de enfermagem de reabilitação;</li> </ul> <p><b><u>Crítérios de avaliação:</u></b></p> <p>De que forma as atividades planeadas contribuíram para garantir um ambiente terapêutico seguro;</p> <p>De que forma as atividades planeadas contribuíram para desenvolver competências de comunicação e estabelecimento de relação terapêutica com a pessoa e/ou família;</p>	<p><b><u>Temporais:</u></b></p> <p>Cronograma de objetivos específicos (Apêndice IX)</p>
--	--	---	--

**Serviço de Neurocirurgia do [REDACTED] de Orta e UCC-[REDACTED]**

- 7. Objetivo Específico:** Aprofundar conhecimentos na avaliação e reabilitação da pessoa com alteração da deglutição, com base em conhecimento científico válido, atual e pertinente
- 8. Objetivo Específico:** Planear e executar intervenções de enfermagem de reabilitação na pessoa com alteração da deglutição, promovendo a autonomia e independência funcional.

Domínios e Competências	Atividades	Indicadores e critérios de avaliação	Recursos
<p><b>B. Domínio da melhoria da qualidade</b>  <b>B3.</b> Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro</p> <p><b>C. Gestão dos Cuidados</b>  <b>C1.</b> Gere os cuidados otimizando a resposta da equipe de enfermagem e seus colaboradores e articulação na equipa multidisciplinar</p> <p><b>J1.1.</b> Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades  <b>J1.2.</b> Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e auto-cuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade  <b>J1.3.</b> Implementa intervenções planeadas com</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pesquisa de literatura técnica e de investigação, na área de enfermagem de reabilitação com ênfase na temática alteração da deglutição;</li> <li>• Leitura de literatura pertinente e com rigor científico para a enfermagem de reabilitação e sobre a alteração da deglutição;</li> <li>• Planificação e desenvolvimento de intervenções com rigor científico/técnico, baseadas nas melhores práticas conhecidas;</li> <li>• Identificação das necessidades e problemas da pessoa com alteração da deglutição;</li> <li>• Elaboração de um plano de cuidados especializado e individualizado;</li> <li>• Execução do planeado face a avaliação da pessoa (nível de consciência; avaliação neurológica/pares cranianos envolvidos na deglutição; controlo da cabeça na posição de sentado; simetria facial e labial; capacidade de fechar os lábios firmemente; simetria interna da</li> </ul>	<p><b>Indicadores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ter consultado bibliografia pertinente ao tema;</li> <li>• Pesquisa na base de dados EBSCO e bibliografia sobre a temática;</li> <li>• Ter lido literatura pertinente com rigor científico e técnico para a enfermagem de reabilitação e sobre a alteração da deglutição;</li> <li>• Apresenta um comportamento profissional caracterizado pela fundamentação das intervenções com avaliação da pessoa e evidência científica;</li> <li>• Identifica problemas e necessidades da pessoa com alteração da deglutição para a realização de técnicas;</li> <li>• Identifica problemas e necessidades da pessoa com a alteração da deglutição que possam condicionar a realização de técnicas;</li> <li>• Integra os cuidados de enfermagem de reabilitação num plano global e individualizado à pessoa e/ou família;</li> </ul>	<p><b>Humanos:</b>            Utentes inseridos nos locais de ensino clínico e suas famílias;            EEER Orientador(a) e restante equipa de enfermagem;            Professor Orientador da ESEL;</p> <p><b>Físicos:</b>            Serviço de Neurocirurgia            UCC-[REDACTED]</p> <p><b>Materiais:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pesquisa em bases de dados científicas;</li> <li>• Pesquisa de literatura (livros, periódicos...)</li> <li>• Equipamentos de apoio (bloco de notas...)</li> <li>• Diários de aprendizagem;</li> <li>• Equipamentos de apoio no serviço</li> </ul> <p><b>Temporais:</b>            Cronograma de objetivos específicos (Apêndice IX)</p>

<p>objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardiopulmonar da alimentação, da eliminação e da sexualidade</p> <p><b>J1.4.</b> Avalia os resultados das intervenções implementadas</p> <p><b>J2.1.</b> Elabora e implementa programa de treino de AVD's visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e qualidade de vida</p> <p><b>J3.1.</b> Concebe e implementa programas de treino motor e cardio-respiratório</p> <p><b>J3.2.</b> Avalia e reformula programas de treino motor e cardio-respiratório em função dos resultados esperados (OE,2010; OE,2010)</p>	<p>boca; estado geral da dentição, higiene oral e capacidade para deglutir)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Integração dos cuidados especializados reabilitação num plano global e multidisciplinar;</li> <li>• Integração da pessoa e/ou família nos cuidados, capacitando-os para a execução independente, conjunta ou individual dos mesmos;</li> <li>• Execução de técnicas específicas de enfermagem de reabilitação na pessoa com alteração da deglutição, com apoio do(a) enfermeiro(a) orientador(a);</li> <li>• Integração de sessões de treino com exercícios para a resistência muscular, para controlo do bolo alimentar, para proteção das vias aéreas, para a mobilidade faríngea, manobras posturais e manobras compensatórias da via aérea;</li> <li>• Adequação da prestação de cuidados especializados à pessoa com necessidade de reabilitação do processo de deglutição e autocuidado da alimentação;</li> <li>• Seleção e prescrição de produtos de apoio quando necessários, ensinando e supervisionando a sua utilização, tendo como fim maximizar a capacidade funcional da pessoa;</li> <li>• Compreensão de hábitos alimentares consoante a situação da pessoa e as suas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Define um plano de reabilitação especializado tendo em conta a pessoa e/ou família, incluindo técnicas de melhoria no desempenho da deglutição e autocuidado da alimentação;</li> <li>• Integra a pessoa e/ou família nos cuidados, capacitando-os para a sua ação independente, conjunta ou individual;</li> <li>• Integra sessões de treino com exercícios para a resistência muscular, para controlo do bolo alimentar, para proteção das vias aéreas, para a mobilidade faríngea, manobras posturais e manobras compensatórias da via aérea;</li> <li>• Executa técnicas específicas de enfermagem de reabilitação na pessoa com alteração da deglutição;</li> <li>• Adequa a prestação de cuidados especializados à pessoa com alteração da deglutição;</li> <li>• Adota práticas adequadas e seguras a um processo de reabilitação eficaz e eficiente;</li> <li>• Desenvolve conhecimentos teóricos e práticos sobre a alteração da deglutição para a avaliação e reabilitação da pessoa;</li> <li>• Ter adquirido competências que permitam uma avaliação sólida e</li> </ul>	
--	--	---	--

	<p>preferências e ajudar a pessoa nessa adaptação;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliação e ajuste do plano de cuidados especializados de reabilitação consoante a pessoa com alteração da deglutição;</li> <li>• Reflexão sobre as práticas desenvolvidas e partilha de experiências com o professor orientador e EEER orientador(a);</li> <li>• Registo dos cuidados de reabilitação realizados no processo clínico da pessoa;</li> </ul>	<p>eficiente da pessoa com alteração da deglutição, assim como execução de técnicas compensatórias que visem a diminuição de complicações associadas;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Satisfaz as necessidades de cada pessoa tendo em conta a sua autonomia e independência funcional, avaliando e ajustando o plano de cuidados de enfermagem de reabilitação;</li> <li>• Reflete sobre temáticas desenvolvidas e partilha experiências com o professor orientador e EEER orientador(a);</li> <li>• Regista cuidados de reabilitação realizados no processo clínico da pessoa;</li> </ul> <p><b><u>Critérios de avaliação:</u></b></p> <p>De que forma as atividades planeadas contribuíram aprofundar conhecimentos na avaliação e intervenção na pessoa com alteração da deglutição;</p> <p>De que forma as atividades planeadas contribuíram para desenvolver competências de ER na avaliação e reabilitação da pessoa com alteração do processo de deglutição;</p>	
--	---	---	--

Apêndice IX – Cronograma de Objetivos Específicos

Apêndice IX – Cronograma de Objetivos Específicos

Ano	2016													2017														
Mês	Set.	Outubro					Novembro				Dezembro				Janeiro					Fevereiro								
Semana	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4					
Dias	26	3	10	17	24	31	7	14	21	28	5	12	19	26	2	9	16	23	30	6	13	20	27	3	10	17	24	31
Dias	30	7	14	21	29	4	11	18	25	2	9	16	23	30	6	13	20	27	3	10	17	24	31	7	14	21	28	
Locais	Serviço de Neurocirurgia do [REDACTED]								UCC-[REDACTED]				UCC-[REDACTED]															
Objetivos																												
1	[REDACTED]													[REDACTED]														
2	[REDACTED]													[REDACTED]														
3	[REDACTED]													[REDACTED]														
4	[REDACTED]													[REDACTED]														
5	[REDACTED]													[REDACTED]														
6	[REDACTED]													[REDACTED]														
7	[REDACTED]													[REDACTED]														
8	[REDACTED]													[REDACTED]														

## Apêndice II – Avaliação dos Pares Cranianos envolvidos na Deglutição

## Avaliação dos Pares Cranianos envolvidos na deglutição

Pares Cranianos	Avaliação
<b>V – Trigêmio</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cerrar os dentes (encerrar a mandíbula) para sentir a força dos masséteres e pterigóideos; Palpamos na região temporo mandibular e sentimos a sua contração e se a mesma é simétrica. Caso haja parésia unilateral dos pterigóideos a mandíbula desvia-se para o lado da parésia.</li> <li>• Abrir e fechar a boca e movimentos de protração e retração da mandíbula e observar esses mesmos movimentos com a mão do enfermeiro;</li> <li>• Avaliar a sensibilidade da face (tátil, dolorosa e térmica) nas três divisões do trigêmeo (oftálmica, maxilar e mandibular) com recurso a um alfinete, compressa e ampolas de soro fisiológico de 10ml quentes/frias;</li> </ul>
<b>VII – Facial</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observar a simetria da face e/ou presença de “tiques”; Cerrar os dentes; Pedir para sorrir; Elevar as sobrancelhas; Franzir a testa; Assobiar e soprar; E observamos se existe alguma assimetria/desvio;</li> <li>• Observamos a capacidade em encerrar os lábios, conter a saliva;</li> <li>• Em caso de parésia facial central (andar inferior) há apagamento do sulco nasogeniano do lado da parésia e desvio da comissura labial para o lado são. Importante: Durante a alimentação nestes casos o alimento deve ser colocado do lado são.</li> <li>• Avaliar a sensibilidade pelo paladar nos 2/3 anteriores da língua. Sabores doces, amargos, ácidos e salgado (limão, açúcar e sal), não se avaliando o amargo por rotina.</li> </ul> <p>De notar que a língua deverá estar protraída durante a avaliação (caso esteja retraída há dispersão do sabor para áreas fora do interesse da avaliação) e a boca deverá ser lavada entre cada teste, sendo o ácido avaliado em último.</p>
<b>IX – Glossofaríngeo;</b>	<p>Deve ser efetuada antes de qualquer tentativa em fornecer alimentos via oral à pessoa.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Observar a úvula e palato mole em repouso, durante a respiração e fonação. Na última pede-se que a pessoa produza o som “aaaaahhhh” prolongado. Aqui numa situação normal o palato mole a úvula elevam-se e esta última fica centrada. Caso haja parésia unilateral, a úvula desvia para o lado não afetado e o palato mole fica mais elevado do lado São e mais achatado do lado afetado;</li> <li>• Ouvir o som produzido tendo especial atenção a casos como: hipofonia, afonia, voz bitonal, rouquidão ou voz nasalada, ou outra alteração no tom de voz.</li> <li>• Avaliar o reflexo de vômito, tocando na faringe ou palato mole. Com uma espátula tocar na região lateral da orofaringe, na região do pilar anterior (reflexo faríngeo);</li> </ul>

<p><b>X - Vago</b></p>	<p>Ao tocarmos no palato mole ou úvula (reflexo palatal). Ou igualmente desencadeados quando toca da base da língua ou parede posterior da faringe.</p> <p>Aqui ocorre a contração e elevação da orofaringe (elevação do palato mole e úvula e contração dos músculos faríngeos). Presença ou não do reflexo de vômito é um sinal de alerta para potenciais problemas na deglutição e risco de aspiração, sendo que a sua avaliação isolada não é indicador suficiente na avaliação da deglutição.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reflexo de tosse é ativado pela estimulação da faringe, laringe, traqueia e árvore brônquica;</li> <li>• A avaliação do 1/3 posterior da língua para paladar é difícil e normalmente não é efetuada.</li> </ul>
<p><b>XII – Hipoglosso</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observar movimentos irregulares e assimetria da língua, dentro e fora da cavidade oral;</li> <li>• Pedir para que a pessoa realize a protusão da língua e outros movimentos laterais da mesma (observar também a força contra uma espátula e que empurre a língua contra a bochecha), observar desvios, movimentos irregulares ou assimetrias. Caso haja parésia da língua a mesma desvia para o lado afetado (lado da parésia).</li> </ul>
<p><b>XI – Espinhal</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elevar os ombros sem e contra resistência da mão do enfermeiro;</li> <li>• Lateralizar a cabeça com e sem resistência da mão do enfermeiro;</li> </ul>

**Fonte:** Hoeman, 2011; Menoita, 2012; Braga, 2016.

Apêndice III – Jornal de Aprendizagem: Curso de MT e BNM

### **Jornal de Aprendizagem: Curso de Massagem Terapêutica e Bandasneuromusculares**

Um enfermeiro especialista conforme o regulamento das competências comuns deve basear a sua prática e tomada de decisão em conhecimento válido e atual que facilitem os processos de aprendizagem e a evolução da investigação científica na enfermagem. Como tal, um EEER deve deter conhecimentos em procedimentos específicos que permitam ajudar as pessoas em diferentes situações de saúde promovendo o seu bem-estar e autonomia. Desta forma, é importante o nosso investimento em pesquisa e conhecimento de técnicas com evidência científica, para agir em determinadas situações da nossa prática diária como EEER (Ordem dos enfermeiros (OE) 2011; OE, 2011).

O interesse pessoal e profissional do meu EEER orientador despertou em mim a curiosidade e vontade de entender a essência da massagem terapêutica (MT) e da aplicação das bandas neuromusculares (BNM). Pela possibilidade em ingressar o curso de formação avançada sobre a temática foi possível entender a diferença que pode fazer nos cuidados de enfermagem de reabilitação dirigidos à pessoa e sua situação. Apesar de ser uma área em evolução, são terapias complementares já muito praticadas em diferentes contextos da enfermagem. Centram-se numa visão holística, em forma de intervenções não invasivas e sem efeitos adversos, através de uma ação preventiva de desequilíbrios físicos, mentais e emocionais, podendo ser associadas a outros tratamentos (Lima, Bastos, Kaipper, Santos & Filgueiras, 2012)

De forma a fundear este interesse com a temática central a mesma parte a partir do modelo teórico de enfermagem de Dorothea Orem, que refere o autocuidado como um processo de manutenção da saúde e de gestão da doença através de práticas consideradas benéficas e que desempenham uma função fundamental na saúde dos indivíduos (Petronilho, 2012). Alargar conhecimentos nesta área tornou-se relevante pela necessidade em alargar conhecimentos, colmatando a lacuna existente, nestas técnicas, não tão valorizadas, que têm efeitos positivos nos cuidados e na pessoa, sendo uma mais-valia para a nossa prática. Orem identificou cinco áreas de atividades na prática de enfermagem, das quais três (determinar se e como a pessoa pode ser ajudada pela intervenção de enfermagem; responder às solicitações, desejos e necessidades

da pessoa e prescrever proporcionar e regular a ajuda direta à pessoa em forma de intervenções de enfermagem), conseguem dar resposta com validade técnica e científica às necessidades da pessoa através de ações talvez não muito valorizadas ou que não façam parte do leque de opções da Enfermagem de Reabilitação mas que ao contactar com elas entendo que cada vez mais têm um papel importante na validade dos nossos cuidados (George, 2000).

O meu projeto centra-se na pessoa com alterações da deglutição e sendo a deglutição um mecanismo que implica diferentes estruturas musculares, envolvendo uma sequência coordenada de contrações musculares com movimentos de alongamento e encurtamento da cavidade oral, faringe, laringe e esófago (Hoeman, 2011; Heart and Stroke Foundation of Ontario - HSFO, 2006; Garcia & Chambers, 2010), entendi após alguma pesquisa que o recurso às BNM em determinadas situações desta temática é algo relevante, sendo os princípios fundamentais deste material a sua capacidade em levantar a pele ativando a circulação sanguínea e linfática, ajudando no trabalho muscular, ligamentar e dos tendões durante exercícios e técnicas de reabilitação. Permite também manter e estabilizar estruturas biológicas danificadas e submetidas a *stress* elevado, dirigindo o movimento no ângulo correto apoiando a estrutura em causa (Gómez, 2012).

Também ao longo do ensino clínico foi-me possível entender e ver a importância da MT e das BNM na pessoa, já descrevi em outro Jornal de Aprendizagem que ao associar as duas técnicas numa determinada situação e pessoa com dificuldades na deglutição, observaram-se resultados importantes quer a nível da correção postural, estimulação propriocetiva da região anatómica referente aos músculos inerentes, coadjuvando exercícios musculares importantes, que permitiram a eficácia do reflexo de deglutição e posterior início de dieta e treino do autocuidado de alimentação.

Central ao tema por mim explorado em projeto existem alguns estudos que ajudam a comprovar a eficácia da aplicação das BNM, sendo que ainda é uma área em desenvolvimento e pesquisa. Heo & Kim (2015) entenderam que com a sua aplicação em pessoas com disfagia decorrente de acidente vascular cerebral (AVC), na zona dos músculos laringeos externos, trapézio superior e

esternocleidomastóideo, com uma tensão de cerca de 50% em associação com mudanças de posição da cabeça e pescoço, obtiveram resultados estatisticamente significativos quanto à elevação vertical do osso hioide e rotação da epiglote no grupo onde foi feita a sua aplicação, contribuindo para uma melhoria da disfagia observada. Por outro lado, Lin, Wu, Chang, Lin & Chou (2016) reportam um caso ao mesmo tempo que fazem uma revisão da literatura sobre a aplicação de BMN num recém-nascido prematuro com dificuldade na deglutição por edema cerebral à nascença. Observaram sialorreia severa, diminuído movimento maxilar, atraso no reflexo de deglutição, mau encerramento labial e diminuição do reflexo de sucção. Foram colocadas BNM na direção de origem-inserção, no músculo orbicular dos lábios a nível superior e inferior (tensão de 15% nos cantos bilaterais), desde a porção posterior da sínfise da mandíbula até a região do osso hioide dividindo-a nas pontas em duas ramificações para a região do milo-hioideu e do esterno-hioideu e por fim na região do masséter. Contaram que a força de sucção (7 movimentos contínuos) e a capacidade de encerramento labial melhoraram face a primeira avaliação. Uma semana após o início da terapia o movimento de sucção aumentou para 11 e a criança teve alta sem necessidade de alimentação por via nasogástrica, mantendo posteriormente um suporte nutricional e deglutição adequada e eficiente. A massagem oral e outras técnicas foram também associadas à aplicação das BNM.

Indo ao encontro do que foi anteriormente referido, num estudo de caso relatado por Ru (2010) é referido que o feedback cutâneo fornece informações proprioceptivas sobre a posição das articulações e movimento e tendo em conta que a enervação cutânea da região supra-hioideia do pescoço é feita pelo plexo cervical é entendida a aplicação da BNM na região sob o queixo de forma possibilitar a melhoria dos movimentos da deglutição para a diminuição da sialorreia presente. Com esta abordagem ao fazerem a aplicação por três meses numa criança com síndrome de Rett entenderam que a sialorreia diminuiu de constante para frequente e já não era necessário o uso de lenços de papel durante as sessões de reabilitação, tendo diminuído o número de trocas de babetes de 5 por dia para 3 e a muda de roupa por dia de 2 vezes para nenhuma.

Desta forma, tenciono com esta formação o desenvolvimento de competências para agir na área da MT e aplicação das BNM. Desde a importância da massagem facial que pode ser uma mais-valia na pessoa com parésia facial no relaxamento muscular e na estimulação neurosensorial da pessoa, assim como na aplicação das BNM na pessoa com diminuição da força muscular e tónus muscular de um determinado hemicorpo decorrente de uma lesão cerebral. Entendo que são pontos importantes na pessoa e na família que por mais pequenos que possam parecer podem ser grandes em resultados, mas para isso é importante saber usar e adequar esses conhecimentos e técnicas.

A Massagem implica a aplicação de uma determinada pressão e fricção na pele para alívio da dor, como resposta a uma lesão ou para conforto. O termo e a sua aplicação já remota a tempos antigos, onde Hipócrates foi o primeiro na medicina grega a referir os seus benefícios. Em 1517 Ambrose Paré coajudou o uso da massagem na cicatrização de feridas após cirurgia. Por sua vez já nos finais de 1980 Melzack propõem uma teoria sobre a hiperestimulação analgésica em que relaciona a libertação de endorfinas com os princípios da massagem. Até aos dias de hoje houve uma grande evolução nesta temática o que ainda se continua a observar. Trata-se de uma medida natural que já é muito utilizada na medicina chinesa e bem aceite nessa realidade (Fritz, 2016).

A Massagem terapêutica (MT) é uma manipulação manual dos tecidos moles do corpo com o propósito de estabelecer e manter o bem-estar da pessoa. Tem tido um papel importante nos cuidados de saúde modernos na medida que cada vez mais tem vindo a demonstrar os seus benefícios na redução do *stress*, no aumento do fluxo linfático, na redução da dor, na qualidade do sono, na redução da ansiedade, na recuperação pós exercício intenso e na melhoria da amplitude articular (Salvo, 2016).

A MT tem efeitos em diferentes sistemas do corpo humano. (1) Circulação sanguínea, promovendo a mesma pela estimulação dos tecidos subjacentes ajudando na recuperação e manutenção dos tecidos danificados. Diferentes estudos relatados por Salvo (2016) referem que a MT aumenta o fluxo sanguíneo e reduz a viscosidade sanguínea; aumenta o fluxo sanguíneo à pele e músculos e ajuda na diminuição e variação dos batimentos cardíacos e conseqüentemente a tensão arterial; (2) Sistema linfático, pois promove o fluxo linfático e a sua

drenagem, sendo assim importante na diminuição do linfedema (como por exemplo após mastectomia); (3) Sistema musculoesquelético, pois melhora a amplitude dos movimentos, por redução da dor, da rigidez articular e da tensão muscular há aumento da força muscular; (4) Tegumentar, melhora processos de cicatrização evitando aderências; (5) Sistema nervoso pela estimulação de terminações nervosas numa massagem energética ou pelo relaxamento por uma massagem suave, calma e prolongada; (6) Vísceras por efeito reflexo, como por exemplo pela massagem abdominal no sentido dos ponteiros do relógio para estímulo dos movimentos peristálticos do intestino (Salvo, 2016; Costa, 2016<sup>1</sup>).

Segundo o abordado na formação as indicações para a MT são diversas, desde os edemas, tendinites e lesões ligamentosas, roturas e contraturas musculares, infiltrados subcutâneos, cicatrizes e fibroses. Apesar das diferentes indicações existem também contraindicações à mesma como: (1) Flebites; (2) Patologias cutâneas; (3) Reumatismo inflamatório em fase aguda; (4) Após refeições; (5) Bexiga cheia; (6) Febre; (7) Varizes; (8) Tuberculose; (9) Menstruação abundante. Deve-se ter precauções no uso da MT na Gravidez (apenas relaxantes ou de drenagem linfática), no período pós-cirúrgico (movimentos leves), úlceras gástricas, cálculos renais ou biliares, osteoporose e fraturas recentes, pessoas em idade de crescimento e tumores malignos e benignos. (Costa, 2016<sup>1</sup>).

Importante o uso de lubrificantes como cremes hidratantes, óleos ou loções, de forma a reduzir a fricção entre a pele da pessoa e as mãos de quem pratica a massagem, tendo sempre em conta a sua composição face a possíveis reações consoante a pessoa. É importante não esquecer de aquecer entre as nossas mãos o lubrificante escolhido antes de entrar em contato com a pele e apenas no local a massajar. O uso de música calma pode ser associado à massagem quando o propósito da mesma for o relaxamento da pessoa, ajudando na diminuição do ritmo cardíaco e na manutenção de movimentos rítmicos durante a aplicação das técnicas de massagem (Salvo, 2016).

---

<sup>1</sup> Formação Avançada de Massagem terapêutica e Aplicação de BNM (Apresentação PowerPoint. Enfº Especialista de Reabilitação ██████████ ESSCVP, 2016.

Sendo assim os principais objetivos da MT são: ativar a circulação sanguínea e linfática, melhorar o aporte nutritivo à pele, ativar sistemas orgânicos e órgãos pela estimulação, prevenir fibroses e aderências da pele e tecidos, reduzir a dor, stress e ansiedade e ajuda a ativar funções do sistema imunitário.

Importante ter em conta quatro princípios gerais, o local (aquecido e calmo com luzes suaves, sem estímulos agressivos) a pessoa (relaxada e numa posição confortável e apenas com a zona a tratar destapada), o técnico (posição vertical, relaxado e confortável) e o efeito da massagem (mecânico ou terapêutico). Na massagem em si é relevante o ritmo (regular) e a frequência (lenta para relaxamento ou drenagem linfática e rápida para a libertação de aderências), a pressão (leve para efeito sedativo e forte para efeitos mecânicos nas aderências), a direção (relaxamento ou edemas, centrípeta em relação ao coração e paralela às fibras musculares; prevenção ou tratamento de aderências nos tecidos moles, perpendicular às fibras afetadas nos nódulos fibróticos) e a duração (depende da área e zona e tratar, tolerância da pessoa e resultados pretendidos) (Costa, 2016<sup>2</sup>).

Em termos de técnicas utilizadas encontram-se descritas na tabela em seguida.

Técnica	Descrição	Efeito
<b>Pressões</b>		
<b><i>Effleurage/</i> Pressões deslizantes superficiais</b>	Palma da mão ou ambas com pressões constantes e suaves de forma lenta e uniforme com a direção da circulação de retorno.	Relaxante e tranquilizante; Melhora a circulação local e sistêmica aumentando o fluxo do retorno venoso;
<b>Pressões deslizantes profundas</b>	Palma ou dedos da mão para sentir pontos de tensão provocando o aquecimento dos tecidos.	Relaxante, tranquilizante e desconstraturante; Estimulação sanguínea profunda (aumenta o fluxo sanguíneo, o aporte de nutrientes, melhora o metabolismo, as fibras cutâneas e musculares da região);
	Deslizamentos com pressões intermitentes delicadas, com movimentos leves e lentos, com pausas e alongamento manual;	Redução do edema, dor e possibilitar mobilização da articulação e fortalecimento

<sup>2</sup> Formação Avançada de Massagem terapêutica e Aplicação de BNM (Apresentação PowerPoint. Enº Especialista de Reabilitação [REDACTED]. ESSCVP, 2016.

<b>Massagem de drenagem linfática</b>	Mover a pele na direção da linfa até aos nódulos linfáticos, drenando sempre primeiro a zona proximal e depois a distal, não esquecendo a desobstrução dos nódulos com pressões semicirculares na região (5-8 vezes).	muscular da região (exemplo após mastectomia);
<b>Pressões locais estáticas</b>	Pressões e descompressões progressivas de uma determinada zona.	Sedativa e desconstrutante
<b>Compressão</b>		
<b>Compressão de uma região com o polegar e restantes dedos</b>	Pressão máxima e descompressão de forma gradual	Sedativa e desconstrutante
<b>Compressões</b>	Pressão rápidas ao longo de um segmento muscular	Antiespasmódica e desconstrutante
<b>Amassamento/ <i>Pétrissage</i></b>	Superficial ou profunda que permite desfazer nódulos de tensão nas fibras musculares e alivia a tensão no tecido conjuntivo; Compressão dos tecidos entre os dedos das mãos com apoio da zona palmar com torção e rotação em relação ao eixo longitudinal para levantar os tecidos.	Sedativa e desconstrutante (lento); Estimulante (rápido); Alongamento de segmentos musculares; Descolamento dos tecidos (Adiposo); Ação nas aderências musculares e infiltrados celulares;
<b>Fricções</b>		
<b>Fricções</b>	Deslizamento com maior pressão e rapidez, com a mão em movimentos circulares ou lineares. Objetivo é libertar aderências entre o plano superficial e profundo.	Liberta aderências.
<b>Percussões</b>		
<b>Percussões</b>	Movimentos rápidos, breves mas com leveza, na direção das fibras musculares e não constante na mesma zona. Não efetuar nas proeminências ósseas e região dos rins. (Dedos abertos e esticados, mão em concha, com as mãos em concha ou com as mãos cerradas com a zona lateral externa do 5º dedo)	Estimula a circulação Melhora o tónus muscular
<b>Vibrações</b>		
<b>Vibrações</b>	Pressões e depressões rápidas numa determinada zona ou com deslocamentos laterais.	Estimula a circulação Melhora o tónus muscular
<b>Roulement/malaxação</b>		

<b>Roulement/ Malaxação</b>	Mobilização muscular á volta das diáfises ósseas, sem mobilização articular, e com os músculos em repouso, com um ritmo lento	Descontraturante
<b>Massagem transversal profunda</b>		
<b>Massagem transversal profunda</b>	No caso de um ponto de um ligamento ou tendão doloroso. Com a polpa do polegar com uma pressão de curta amplitude com uma fricção perpendicular ao eixo longitudinal das fibras da estrutura lesada, conforme a tolerância da pessoa.	Efeitos positivos em capsulites e sequelas de entorses, tendinites e tendossinovites e sequelas de roturas musculares (após 3 semanas). Não utilizar em calcificações peri-articulares ou musculares, bursites, processos inflamatórios agudos e em cado de artrite reumatoide.
<b>Pincé-roulé</b>		
<b>Pincé-roulé</b>	Com a mão ou dedos (conforme a zona) fazer uma prega e enrolar afastando a pele dos planos subjacentes.	Aderências e infiltrados da pele. No caso da pele circundante a uma ferida cirúrgica cicatrizada (traqueostomias entre outros, após os dias de cicatrização e extração do material cirúrgico, pontos ou agrafes).

(Costa, 2016<sup>3</sup>; Cassar 2001).

Destaco a massagem facial que entendo entrar de certa forma na temática do meu projeto. A mesma encontra-se indicada para ajudar a eliminar a rigidez, incitando um relaxamento dos músculos pela técnica de deslizamento profundo, podendo ser executada antes e após as técnicas de reeducação dos músculos faciais e de aumento da resistência da língua e exercícios para o palato mole e músculos da mastigação (Cassar, 2001).

Fouquet (2000) ao abordar a forma de atuar nas paralisias faciais indica como meio a associar ao treino dos músculos faciais lesionados (fase flácida) a massagem indutora sobre o músculo em causa no sentido do movimento de forma lenta e com pressão profunda. Por sua vez, Beurskens & Heymans (2003), relatam igualmente o uso da automassagem de regiões afetadas da cara e pescoço por parte dos participantes no estudo como coadjuvante nos exercícios da mimica facial, tendo o grupo que recebeu dez semanas de tratamento demonstrado melhorias significativas na rigidez facial, movimento labial e aspetos físicos e sociais em comparação ao grupo que não recebeu o mesmo

<sup>3</sup> Formação Avançada de Massagem terapêutica e Aplicação de BNM (Apresentação PowerPoint. Enº Especialista de Reabilitação ██████████. ESSCVP, 2016.

tipo de tratamento. Tessitore, Paschoal & Pfeilsticker (2009), tiveram por base na estruturação de um protocolo de reabilitação orofacial na paralisia facial periférica a manipulação e massagem da musculatura facial no sentido das fibras musculares para a manutenção do tônus muscular e usaram o ângulo da comissura labial para comprovar o efeito. De entre outros aspetos no seu protocolo, destaco a referência à massagem orofacial numa fase inicial simulando o movimento desejado duas vezes por dia, sendo feita também pela própria pessoa, observaram em média a redução do ângulo em 7.9°.

Destaco igualmente situações de aderências notadas em ensino clínico onde foram observadas e sentidas nas pessoas onde o processo de cicatrização da traqueostomia ou suturas abdominais estava completo e a massagem nestas situações é importante nomeadamente o *pincé-rolé* de forma a evitar possíveis alterações locais como dor, a formação de nódulos e rigidez tecidual. Outras situações que se observam diariamente quer em ensino clínico quer em ambiente laboral, por exemplo, a massagem na espasticidade adequa-se para aliviar a tensão observada de forma suave alongando o músculo muito lentamente, ajudando também no aumento da circulação local, pode ser uma medida de curta duração mas pode ao mesmo tempo ter um efeito acumulativo. O uso de pressões deslizantes profundas seguidas de amassamento de toda a massa muscular podem ser as manobras a associar nestes casos. Por outro lado em caso de um membro plégico a massagem deve ser de curta duração e de forma muito suave e com pouca pressão (pressão deslizante superficial), o principal objetivo aqui é melhorar a circulação local e causar um estímulo propriocetivo do membro lesado pela estimulação dos terminais nervosos da pele, associando sempre a mobilizações passivas (Cassar, 2001).

Como já referido a massagem tem diferentes objetivos e atua de diferentes formas na pessoa consoante o toque, a pressão aplicada e o seu ângulo, a velocidade, a duração e a localização na pele. Esta tem um importante papel na medida que estimula os mecanoreceptores da superfície da pele a nível sensitivo tátil e de posição, sendo estas mesmas sensações criadas pelo movimento de deslocação dos tecidos moles do corpo através das técnicas mencionadas em conjunto com o movimento das articulações. Da mesma forma que a MT atua no corpo humano existem materiais que vão igualmente estimular

os mecanoreceptores da pele através de sensações táteis e de pressão por aplicação externa e contínua, as BNM. A sua aplicação varia consoante a situação e o efeito desejado e a tensão utilizada é colocada face o efeito desejado na pele, pode desta forma ser utilizada como uma extensão da MT. Torna-se assim numa relação de estreita confiança entre a terapia sobre os tecidos moles e a estimulação dos sentidos somáticos mecanoreceptivos da pele (a nível tátil e de propriocepção). As BNM causam uma sensação na superfície da pele que pode implicar uma propriocepção a nível articular, muscular e de um tendão conforme o local a aplicar (Vaughn, 2016).

As BNM ou *Kinesio Taping* foram inicialmente desenvolvidas em 1979 pelo Dr. Kenzo Kase, prático da osteopatia e acupuntura. Este desenrolamento deveu-se ao facto de observar que a massagem e o toque eram extremamente eficazes no controlo da dor e no bem-estar geral da pessoa, mas com um efeito temporário, daí o aparecimento das BNM com o objetivo de potenciar o efeito da massagem, tendo sido utilizadas e introduzidas na Europa em 1996 (Kim, 2016).

Em termos elásticos e de textura as BNM assemelham-se à pele humana e têm aproximadamente a espessura da epiderme. São feitas de um polímero elástico, envolvido em algodão, sem látex na sua composição e o adesivo é 100% acrílico médico, sendo ativado pelo calor do corpo. O adesivo apresenta na face que fica em contato com a pele um padrão ondulado para imitar as qualidades das impressões digitais ajudando assim no levantamento da epiderme, redução da humidade local, adaptação ao contorno do músculo melhorando a amplitude do movimento, diminuição da dor local e acima de tudo permite uma mobilidade de forma natural. Não faz parte da sua composição qualquer tipo de químico medicamentoso, permite que a pele respire, sendo resistente à água. Pode ser usada entre três a cinco dias e em qualquer atividade diária pessoal/profissional, existe em diferentes tamanhos sendo os mais utilizados o de 5 cm e o de 7,5 cm, diferentes cores (pelo princípio da cromoterapia, de salientar que o preto é mais usado nos desportistas pela capacidade de absorver mais calor), é apenas esticada longitudinalmente e está configurada para ajudar na recuperação natural do corpo humano dando apoio e estabilidade aos músculos, tendões e ligamentos (Schoene, 2009; Gómez, 2012).

A sua atuação centra-se em cinco sistemas fisiológicos, a pele (alivia a dor e a pressão e é um estímulo proprioceptivo), a fáscia (promove a homeóstase), o músculo (previne complicações, promove uma função/amplitude normal, alivia a dor e potencia a contração de um músculo enfraquecido, assim como o seu relaxamento), as articulações (melhora a biomecânica e alinhamento) e sistema circulatório e linfático (ajuda na drenagem da linfa quando presente o linfedema, drenagem de sangue aquando um hematoma presente na pele e promove um fluxo normal entre as camadas subjacentes da pele). Podem ser utilizadas na pessoa com dor, desequilíbrios musculares, problemas circulatórios e linfáticos, lesões ligamentosas, tendinites, aderências musculares e cicatriciais, posições e movimentos viciosos, patologias neurológicas e problemas de propriocepção e estabilidade. O seu uso pode ser empregue no linfedema após mastectomia, na hemiplegia, para melhorar a amplitude do movimento muscular e diminuição da dor localizada (Goméz, 2012; Schoene, 2009).

A pele aquando a sua aplicação deve estar limpa, sem cremes (de referir que na formação foi referido o uso de um creme anti-inflamatório, sendo o único do género que pode ser usado antes da aplicação das BNM que possibilita a sua aderência à pele) e por vezes é necessária a tricotomia da zona a aplicar (caso de desportistas a aplicação deve ser feita pelo menos trinta minutos antes do exercício devido à produção de suor). É necessária atenção a possíveis reações alérgicas à BNM, sendo as mesmas escassas quando as mesmas são de qualidade fidedigna (Schoene, 2009).

Importante ter atenção quanto às contraindicações de aplicação no caso de pele fragilizada ou em recuperação cicatricial (pelo risco de rasgar a pele na remoção da banda); celulite ou zonas infetadas da pele (pelo risco de alastrar a infeção presente); alergias conhecidas; zonas da pele com lesões malignas (também pelo risco de disseminação); trombose venosa (pois ao melhorarem a circulação poderá provocar a libertação de um trombo); edemas de etiologia renal ou cardíaca.

Por outro lado podem ser aplicadas mas são necessárias precauções no caso de pessoas com diabetes mellitus (não colocar em zonas de administração da insulina e atenção ao pé diabético), insuficiência venosa, doença renal, asma, hipertensão e hipotensão arterial, linfedema primário, feridas abertas (não se

pode colocar no leito da ferida pois não é estéril, mas em volta da mesma pode ser possível para acelerar o processo de cicatrização) e gravidez. Se não se observarem resultados no final de um a dois tratamentos deve-se reformular a técnica utilizada e se mesmo assim não se observar melhorias deve ser interrompido o uso das BNM (Bridges & Bridges 2016;Costa, 2016<sup>4</sup>).

Em termos de aplicação, as BNM necessitam de ser cortadas e podem ser de diferentes formas, sendo as mais comuns as seguintes: (1) Em “I” com as pontas arredondadas, que possibilita focar a tensão diretamente na zona específica a tratar; (2) Corte em “Y” que dispersa a tensão com cada uma das pontas pelo tecido em causa, mantendo a âncora; (3) Em “X”, a tensão é colocada no centro diretamente sobre a zona a tratar e as quatro pontas dispersam o estímulo; (4) Corte em forma de polvo, com a mesma ancora, sendo que a tensão dispersa pelas pontas normalmente quatro, mas quantos mais pontas maior a superfície de impacto nos tecidos (Bridges and Bridges, 2016; Gómez, 2012; Schoene, 2009).

Por outro lado, a tensão aplicada às BNM vai depender do efeito que é desejado, do local e do tecido a tratar, sendo esta de extrema importância para se obter o resultado desejado. Por exemplo, é referido que se cortarmos uma tira com cerca de 10 cm, ela vai esticar no máximo mais 5 cm, sendo os mesmos referentes a 100% de tensão e assim consecutivamente.

Consoante o efeito desejado temos diferentes aplicações e tensões colocadas, sendo elas: (1) Tratamento muscular, no caso de um músculo enfraquecido a banda é aplicada da origem para a inserção (proximal-distal) do músculo, de forma a facilitar a função do mesmo com uma tenção aproximada de 25-50%. Caso seja para inibir/relaxar o músculo a banda é colocada da inserção para a origem (Distal-proximal) com 15-25% de tensão (tensão mínima, “*Paper Off Tension*”), numa posição de alongamento máximo que a pessoa tolere na altura; (2) Correção mecânica pode-se usar o corte em “I” ou “Y” e é usada para assistir na posição correta do músculo, fásia ou articulação de forma a estimular a percepção do corpo ao correto posicionamento. Recorre-se a tensões

---

<sup>4</sup> Formação Avançada de Massagem terapêutica e Aplicação de BNM (Apresentação PowerPoint. Enfº Especialista de Reabilitação ██████████, ESSCVP, 2016.

superiores na ordem dos 50-75%. Também pode ser usada para bloquear a ação de uma determinada articulação de forma a limitar o movimento; (3) Correção da fáscia, a banda é aplicada para ajudar a dirigir o movimento da mesma na direção e alinhamento adequados (tensão de 10-25% fáscia superficial e de 25-50% fáscia profunda); (4) Criar espaço, implica a colocação da BNM diretamente sobre a zona a tratar por inflamação ou por dor presente. Vai atuar “levantando” a pele aliviando a pressão exercida (tensão de 25-35%); (5) Técnica para ligamentos ou tendões, técnica utilizada para aumentar a estimulação sobre o ligamento ou tendão de forma a estimular os mecanoreceptores com o corte em “I” (tensão de 50-75% no caso dos tendões e de 75-100% no caso dos ligamentos) pode ser associada à massagem transversal profunda; (6) Correção funcional, aqui a banda é usada para assistir ou limitar o movimento através de um estímulo sensorial (ajuda a limitar/assistir movimentos de hiperextensão, sendo a tensão aplicada de 50-75%); (7) Drenagem linfática, aqui o efeito é diminuir a pressão sobre os tecidos danificados, ajudando a canalizar o líquido intersticial para os locais dos gânglios linfáticos (tensão mínima de 0-20%) com o corte em forma de polvo. No caso dos hematomas com uma tensão de 0-10% com corte em polvo, duas camadas sobrepostas de forma a criar um “xadrez” sobre o hematoma (Gomez, 2012; Schoene, 2009; Bridges and Bridges, 2016).

Após uma rápida pesquisa entende-se que o uso associado da massagem de drenagem linfática e das BNM nesse mesmo contexto principalmente nas mulheres mastectomizadas têm efeitos positivos que a nível psíquico quer a nível da amplitude de movimentos e nos resultados da reabilitação. Pekiavas, Tunay, Akbayrak, Kaya & Karatas (2014), ao avaliarem 45 mulheres com linfedema de grau II e III alocadas de forma aleatória em três grupos (1. Terapia descongestiva complexa (massagem de drenagem linfática, ligaduras compressivas, cuidados à pele e exercícios terapêuticos); 2. Terapia descongestiva complexa com aplicação de BNM e ligadura compressiva; 3. Terapia descongestiva complexa com aplicação de BNM) durante dez sessões de tratamentos, entenderam que a aplicação das BNM associada a uma terapia descongestiva complexa teve efeitos positivos na redução dos sintomas associados ao linfedema durante o tratamento e que uma aplicação das BNM contínua teve um efeito pós tratamento ajudando na longevidade do efeito de redução do mesmo. O mesmo

é referido em outros estudos onde relatam que o uso das BNM nas situações referidas trás melhorias na funcionalidade do membro em causa e quando associado a técnicas de massagem de drenagem linfática, cuidados inerentes à pele e exercícios esses mesmo efeitos são melhorados e observa-se a diminuição do edema (Salinas-Huertas, Catasús-Clavé, Gomez-Cuba & Planas-Balagué, 2016; Martins, Aguiar, Fabro, Costa, Lemos, Sá, et al., 2016).

Por outro lado Ekiz, Aslan & Özgirgin (2015) ao estudarem os efeitos das BNM aplicadas no quadricípite em termos de força muscular na pessoa com AVC no membro parético, entenderam que ao coadjuvarem a aplicação das mesmas e exercícios musculo-articulares, treino de equilíbrio e marcha, houve melhorias significativas nos graus de movimentos de extensão e flexão do joelho do lado afetado e treino de marcha e equilíbrio em relação ao grupo que não teve o mesmo tratamento com BNM. Já Appel, Perry & Jones (2015) observaram no seu estudo em pessoas com AVC isquémico face os objetivos definidos que no grupo que teve acesso à aplicação das BNM observou-se a diminuição ou cessão da discinesia a nível escapular e ausência de subluxação. Observaram igualmente que no grupo onde houve aplicação das BNM e que teve acesso a diferentes tipos de exercícios de reabilitação, números significativamente mais elevados na capacidade de mobilização do ombro parético face ao grupo que recebeu tratamento placebo com as BNM. Por fim entenderam que ao usarem as BNM no membro superior parético houve diminuição da dor e melhoria da amplitude de movimentos.

Na realidade ainda é uma área em desenvolvimento e em estudo de evidência científica para a prática, mas a verdade é que de uma forma não invasiva para a pessoa torna-se num meio complementar às diferentes terapias e exercícios executados ajudando na estimulação sensorial em diferentes aspetos. Desta forma tentei transparecer a importância e a relevância da temática para a Enfermagem de Reabilitação, apesar de ter sido uma formação com grande teor prático, sendo por vezes difícil transparece-lo na escrita, nunca é irrelevante estarmos cientes da existência de novos recursos com efeitos positivos na pessoa e que nos podem complementar na prática diária e ajudar a pessoa na sua recuperação. Penso que foi uma mais-valia todo o processo pois possibilitou-se a aquisição de conhecimento e competências quer a nível da MT como nas BNM, que anteriormente era pouco e vago, sendo assim apesar da necessidade de pesquisa constante sinto que colmatou em mim uma lacuna nesta área e que faz toda a diferença no meu dia-a-dia, pois despertou-me para outros sinais de alerta e para outras abordagens. O enfermeiro especialista é dotado de um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Appel, C., Perry, L. & Jones, F. (2015). Testing a Protocol for a Randomized Controlled Trial of Therapeutic versus Placebo Shoulder Strapping as an Adjuvant Intervention Early after Stroke. *Occupational Therapy International*. 22(2), 71-84. DOI: 10.1002/oti.1386
- Beurskens, C.H. & Heymans, P.G. (2003). Positive effects of mime therapy on sequelae of facial paralysis: stiffness, lip mobility, and social and physical aspects of facial disability. *Otology & Neurotology*. 24(4), 677-681. DOI: 10.1097/00129492-200307000-00024
- Bridges, T. & Bridges, C. (2016). *Length, Strength and Kinesio Tape - Muscle Testing and Taping Interventions*. Missouri: Elsevier.
- Cassar, M.P. (2001). *Manual de Massagem Terapêutica Um Guia Completo de Massoterapia para o Estudante e para o Terapeuta*. (D. Batista) (1ªed.). São Paulo: Editora Manole. (Tradução do original do inglês Handbook of Massage Therapy, 1999, Oxford: Butterworth-Heinemann).
- Ekiz, T., Aslan, M.D. & Özgirgin, N. (2015). Effects of Kinesio Tape application to quadriceps muscles on isokinetic muscle strength, gait, and functional parameters in patients with stroke. *Journal of Rehabilitation Research & Development*. 52(3), 323-331. DOI: 10.1682/JRRD.2014.10.0243.
- Formação Avançada de Massagem terapêutica e Aplicação de BNM (Apresentação PowerPoint. Enfº Especialista de Reabilitação Abílio Costa. ESSCVP, 2016.
- Fouquet, M.L. (2000). Atuação Fonoaudiológica nas Paralisias Faciais. In 99-104 in A.P., Barros, L., Arakawa, M.D., Tonini, V.A. Carvalho. (Organizadores). *Fonoaudiologia em Cancerologia*. (99-109). São Paulo: Fundação Oncocentro de São Paulo Comitê de Fonoaudiologia em Cancerologia.
- Fritz, S. (2016). *Mosby's Fundamentals of Therapeutic Massage*. 6th edition Elsevier st. Louis Missouri.
- Garcia, J. & Chambers, E. (2010). Managing dysphagia through diet modifications. *American Journal of Nursing*, 110 (11), p.26-33. DOI: 10.1097/01.NAJ.0000390519.83887.02.

- George, J. B. e Colaboradores (2000). *Teorias de enfermagem: Os fundamentos à prática profissional*. (4ª ed.). Porto Alegre: Artemed editora.
- Gómez, E.A.R. (2012). Kinesio Taping – Vendaje neuromuscular. História, técnicas y posibles aplicaciones. *Revista de Educación Física*. 1(1), 15-24. Acedido a 14-10-2016. Disponível em: <http://www.chs.com.pt/uploads/artigo-bandas-1.pdf>
- Heart and Stroke Foundation of Ontario (2006). *Management of dysphagia in acute stroke: An educational manual for dysphagia screening professional*. Toronto. Acedido a 20/04/2016. Disponível em: [http://www.heartandstroke.on.ca/atf/cf/%7B33C6FA68-B56B-4760-ABC6-D85B2D02EE71%7D/Dysphagia\\_Manual\\_FINAL\\_20060123.pdf](http://www.heartandstroke.on.ca/atf/cf/%7B33C6FA68-B56B-4760-ABC6-D85B2D02EE71%7D/Dysphagia_Manual_FINAL_20060123.pdf)
- Heo, S.Y. & Kim, K.M. (2015). Immediate effects of Kinesio Taping on the movement of the hyoid bone and epiglottis during swallowing by stroke patients with dysphagia. *Journal of Physical Therapy Science*. 27(11), 3355-3357. DOI: 10.1589/jpts.27.3355
- Hoeman, S.P. (2011) *Enfermagem de reabilitação-Prevenção, intervenção e resultados esperados*. (C. Saraiva, J. M. S. B. Mertens, L. Abecasis, M. Abecasis, M. O. Sousa, A. P. R. P. Negrão, M. J. F. Pinheiro, R. Azevedo) (4ª ed.). Loures: Lusodidacta. (Tradução do original do inglês *Rehabilitation nursing- Prevention, intervention & outcomes*, 4nd ed., 2008, New Jersey: Mosby)
- Kim, A. (2016). *Kinesiology Taping for Rehab and Injury Prevention: An Easy, At-Home Guide for Overcoming Common Strains, Pains and Conditions*. New York: Ulysses Press
- Lima, I.C., Bastos, R.A., Kaipper, M.D., Santos, C.M. & Filgueiras, J. (2012). Terapias Complementares: Um Projeto De Extensão. *Universidade Estadual de Feira de Santana*. 8(1), 76-85. DOI: <http://dx.doi.org/10.5212/conexão.v8i1.3922>
- Lin, C., Wu, W., Chang, K., Lin, H. & Chou, L. (2016). Application of Kinesio Taping method for newborn swallowing difficulty: A case report and literature review. *Medicine (Baltimore)*. 96(31), e4458. DOI: 10.1097/MD.0000000000004458
- Martins, J.C., Aguiar, S.S., Fabro, E.A.N., Costa, R.M., Lemos, T.V., Sá, V.G.G. ... Bergmann, A. (2016). Safety and tolerability of Kinesio Taping in patients with arm lymphedema: medical device clinical study. *Support Care Cancer*. 24(3), 1119-1124. DOI: 10.1007/s00520-015-2874-7

- Pekyavas, N.O., Tunay, V.B., Akbayrak, T., Kaya, S. & Karatas, M. (2014). *Complex decongestive therapy and taping for patients with postmastectomy lymphedema: A randomized controlled study*. *European Journal of Oncology Nursing*. 18(6), 585-590. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejon.2014.06.010>
- Petronilho, F. (2012). *Autocuidado: conceito central da enfermagem*. Coimbra: Formasau
- Regulamento n.º 125/2011 de 18 de Fevereiro (2011). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República 2.ª série N.º 35.
- Regulamento n.º 125/2011 de 18 de Fevereiro (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Diário da República 2.ª série N.º 35.
- Ru, E. (2010). Sialorreia: Possibilidade de um novo método de tratamento para reduzir a secreção excessiva de saliva. *Notícias de Bandas Neuromusculares*, 1(1), 2-3.
- Salinas-Huertas, S., Catasús-Clavé, M.L., Gomez-Cuba, M. & Planas-Balagué, R. (2016). Linfedema de parênquima de mama. A propósito de 2 casos clínicos. *Rehabilitación*. 50(3), 187-190. DOI: 10.1016/j.rh.2015.12.005
- Salvo, S.G. (2016). *Massage Therapy: Principles and Practice*. St. Louis Missouri: Elsevier.
- Schone, L.M. (2009). The Kinesio Taping Method. *Sports Podiatry*. 28(5), 146-156. Acedido a 24-11-2016. Disponível em: [http://drschoene.com/assets/images/forms/The\\_Kinesio@\\_Taping\\_Method.pdf](http://drschoene.com/assets/images/forms/The_Kinesio@_Taping_Method.pdf)
- Tessitore, A., Paschoal, J.R. & Pfeilsticker, L.N. (2009). Avaliação De Um Protocolo Da Reabilitação Orofacial Na Paralisia Facial Periférica. *Revista CEFAC*. 11 (3), 432-440. DOI: 10.1590/S1516-18462009000700019 .
- Vaughn, B. (2016). Enhance Results & Relieve Pain with Kinesiology Taping. *Massage Magazine*. Acedido a 29-11-2016. Disponível em: <https://www.massagemag.com/enhance-results-relieve-pain-kinesiology-taping-38880/>

## Apêndice IV – Plano de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

## Plano de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação I

### História de doença Atual

<b>Identificação</b>	<b>Nome:</b> E.F. <b>Idade:</b> 46 <b>Gênero:</b> Feminino <b>Estado Civil:</b> Casada <b>Profissão:</b> Auxiliar de ação Educativa numa escola pública da sua área de residência
<b>Data do internamento</b>	27/08/2016
<b>Diagnóstico médico</b>	Hematoma subaracnoideo por rutura de pequeno aneurisma da artéria cerebral média direita
<b>História Clínica</b>	Recorre ao Serviço de Urgência de um Hospital Central a 27/08/2016 por hemiparésia esquerda de grau 4 na escala de Lower, cefaleia intensa, náuseas, sonolência, desvio da comissura labial, sendo nesse mesmo dia transferida para um outro Hospital Central, apresentando à chegada Glasgow de 12 pela Escala de Comas de <i>Glasgow</i> ) e com as mesmas alterações motoras.
<b>Antecedentes pessoais</b>	Hipertensão não medicada, tabagismo (5 cigarros por dia), psoríase, Infecções do trato urinário de repetição (já com diversos tipos de tratamentos, incluindo medicação biológica). Alergia ao pólen.
<b>Medicação de ambulatório</b>	Nega
<b>Medicação do internamento</b>	Levetiracetam 500 mg; Fenitoína 100mg; Enoxaparina 40 mg; Cefuroxima 500 mg por infeção do trato urinário
<b>Família/Familiar de referência</b>	Marido é o familiar de referência mas irmã mais velha e sobrinha bastante presentes.
<b>Exames complementares de diagnóstico</b>	TAC-CE; RMN; Angiografia cerebral terapêutica 6/09/2016 por vasoespasma, com administração intracerebral de Nimodipina.
<b>Ocorrências no internamento</b>	Unidade de Cuidados Intensivos: 28/08/2016 Fez clipagem cirúrgica de aneurisma com drenagem de hematoma temporal (tendo sido extubada 24 horas após a cirurgia com Glasgow de 13/14 e as mesmas alterações motoras de quando entrou. No mesmo dia apresentou vômito, alteração do nível de consciência, sem resposta motora e verbal e hipertensão, tendo sido novamente colocado tubo orotraqueal com ventilação mecânica invasiva, TAC sem alterações); a 30/08/2016 nova tentativa de extubação, sem sucesso com agravamento do nível de consciência e paragem cardiorrespiratória, fez TAC que evidenciou edema cerebral (hipertensão craniana), tendo colocado sensor de Pressão Intracraniana nesse mesmo dia; 31/08/2016 diagnóstico médico de pneumonia nosocomial; 2/09/2016 Realizou craniectomia descompressiva. Transferida para a Unidade de Cuidados Intensivos Neurocirúrgicos a 12/09/2016; A 14/09/2016 colocada traqueostomia não fenestrada nº8 com Cuff; Desconetada do ventilador a

	<p>16/09/2016; 20/09/2016 Realizou cranioplastia com colocação do retalho ósseo presente na região abdominal.</p> <p>A 30/09/2016 foi colocada traqueostomia nº8 fenestrada sem Cuff e a 2/10/2016 iniciou encerramento com sucesso, tendo sido descanulada a 10/10/2016.</p>
<p><b>Situação social e habitacional</b></p>	<p><b>Agregado familiar:</b> Reside com o esposo e com o filho de 14 anos.</p> <p><b>Tipo de Habitação:</b> Prédio 2º andar sem elevador.</p> <p><b>Atividades Ocupacionais:</b> Corrida</p> <p><b>Implicações da doença/internamento:</b> Períodos de labilidade emocional quando falava da sua situação de dependência total nos autocuidados, mas em contrapartida com grande força de vontade em ultrapassar a situação de doença atual. Num primeiro contato com o espelho, referiu ter ficado bastante impressionada (cabelo rapado do lado direito e comprido na metade esquerda), mas referiu que quando saísse que trataria da situação sem problemas que agora umas tranças e cabelo apanhado bastavam. Na altura da alta já saturada de estar em hospital e com vontade de ir para um local mais próximo da sua área de residência.</p>
<p><b>Encaminhamento após a alta</b></p>	<p>Referenciada para a Rede Nacional de Cuidados Continuados para recuperação de média duração (tendo saído a 17/10/2016 para uma Unidade de Cuidados na Comunidade); Aguarda ainda marcação de consulta para Centro de reabilitação. Foram realizados ensinios ao marido quanto ao posicionamento e transferências entre cama e cadeira de rodas.</p>

O primeiro contato com a utente E.F. foi no dia 2/10/2016, tendo acompanhado o seu internamento até ao dia da alta, nomeadamente nos dias 3,4,9,10,12,17 de Outubro de 2016.

## Avaliação de Enfermagem de Reabilitação

### Avaliação neurológica <sup>1</sup>

#### 1. Estado de consciência

<b>Vigília</b>	Pessoa reage a estímulos verbais ou dolorosos
<b>Conhecimento da consciência</b>	Pessoa orientada no tempo, espaço e pessoa.
<b>Letargia/Sonolência</b>	Acorda ao estímulo auditivo, responde lentamente mas orientada, quando cessa o estímulo regressa ao estado de sonolência.
<b>Estado confusional</b>	Sem concentração, desorganização e incoerência do pensamento; Distúrbios de memória e desorientação espaço-temporal.
<b>Obnubilação</b>	Sonolenta, acorda com estímulos intensos auditivos/táteis. Pode responder a comandos simples (abrir a boca) ou a estímulo doloroso apropriado.
<b>Estupor</b>	Mais sonolenta, só responde a estímulos dolorosos, com sons incompreensíveis e/ou abertura ocular
<b>Coma</b>	Inconsciente, não interage com o meio, nem estímulos externos, sempre de olhos fechados apenas com respostas de reatividade.

- Avaliação pela Escala de Comas de Glasgow

Escala de Comas de Glasgow								
Data: Outubro de 2016		2	3	4	9	10	12	17
Abertura Ocular	Espontânea (4)							
	À voz (3)							
	À dor (2)							
	Nenhuma (1)							
Resposta verbal	Orientada (5)							
	Confusa (4)							
	Inapropriada (3)							
	Incompreensível (2)							
Resposta motora	Nenhuma (1)							
	Obedece comandos (6)							
	Localiza dor (5)							
	Retirada à dor (4)							
	Flexão anormal (3)							
	Extensão anormal (2)							
Nenhuma (1)								
<b>Score:</b>		<b>11</b>	<b>12</b>	<b>12</b>	<b>14</b>	<b>14</b>	<b>14</b>	<b>15</b>

#### 2. Estado de orientação

- Responde sobre o mês corrente: **9/10 Não; 17/10 Sim**
- Responde sobre o dia da semana e do mês: **9/10 Não; 17/10 Sim**
- Responde sobre a estação do ano atual: **9/10 Não; 17/10 Sim**
- Sabe identificar o local onde se encontra: **9/10 Não; 17/10 Sim**
- Sabe identificar o local onde reside: **9/10 Não; 17/10 Sim**
- Sabe identificar o seu País e o seu Presidente da República: **9/10 Não; 17/10 Sim**
- Sabe identificar o seu nome: **9/10 Sim; 17/10 Sim**
- Sabe referir a sua idade: **9/10 Não; 17/10 Sim**

<sup>1</sup> Mendoça, E. C. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC*. Loures: Lusociência.

i) Sabe identificar a sua profissão: 9/10 Não; 17/10 Sim

Autopsíquica (Em relação a si próprio): 9/10 Sim; 17/10 Sim

Alopsíquica (Em relação ao tempo e espaço): 9/10 Não; 17/10 Sim

**3. Atenção, mantida, melhorando ao longo dos contatos.**

**4. Memória, mantida.**

**5. Linguagem**

Com os treinos de encerramento da traqueostomia que iniciaram a 2/10/2016, foi possível interação verbal, inicialmente com um discurso pobre e limitado evoluindo para um discurso sem alterações, fluído e coerente com compreensão. Capacidade de escrita mantida, escrevendo o nome e outras palavras na altura da alta, sendo destra.

**6. Negligência Hemiespacial Unilateral, Sem negligência hemiespacial Unilateral.**

## 7. Pares Cranianos

M-Mantido; D- Diminuído; A-Ausente; NA- Não aplicável		
DATA		2/10
<b>Olfativo (I)</b>	<p>Fechar os olhos e identificar odores de modo bilateral.</p> <p><b>Parosmia</b> (perversão da percepção dos cheiros)  <b>Hiposmia</b> (diminuição da percepção dos cheiros)  <b>Anosmia</b> (ausência)</p>	<b>M</b>
<b>Ótico (II)</b>	<p><u>Acuidade visual:</u>            Fechar um olho de cada vez e pedir para contar os dedos de diferentes distâncias.</p> <p><b>Amaurose</b> (perda total da visão por lesão do nervo)  <b>Ambliopia</b> (diminuição acuidade visual)  <b>Cegueira</b> (perda da visão total por lesão em qualquer parte do aparelho visual)</p> <p><u>Campo de visão:</u>            Entender até que ângulo consegue observar o dedo em cada olho de cada vez (normal começa a 60° externamente e 40° da linha nasal para dentro).</p> <p><b>Escotomas</b> (Manchas escuras sobre objetos fixados)  <b>Hemianópsia</b> (Perda de visão suprimindo a metade do campo visual de cada olho)</p>	<b>M</b>
<b>Óculo motor comum (III)</b>	<p>Avalia-se a <u>resposta pupilar</u> ao estímulo luminoso. Foco de luz do canto externo para o interno de cada olho e observa-se a pupila (<b>reação</b>, midríase reativa à luz ou midríase fixa; <b>tamanho</b>, 1-9mm; <b>forma</b>, redonda, quadrada...).</p> <p><b>Discoria</b> (irregularidade do contorno pupilar).  <b>Isocoria</b> (duas pupilas reagem de forma igual)  <b>Anisocoria</b> (pupilas reagem de forma diferente)</p> <p><u>Movimentos conjugados do globo ocular:</u>            Pede-se à pessoa para seguir o dedo do enfermeiro que desenha um H no espaço e observar simetria dos movimentos e se há desvios dos movimentos observar se desviam ao mesmo tempo (conjugados) ou individualmente.</p> <p>Atenção, Nistagmo; Movimentos sacádicos ou ptose palpebral.</p>	<b>M</b>
<b>Patético (IV)</b>	Par craniano III. Motricidade do músculo oblíquo superior (rotação do olho).	<b>M</b>
<b>Trigêmio (V)</b>	<p>Observar nas três divisões (oftálmica, maxilar e mandibular) a sensibilidade tátil (compressa), térmica (compressa quente ou fria) e dolorosa (ponta de um clip ou caneta).</p> <p>Testar os movimentos dos músculos da mastigação, observando a capacidade em encerrar e mover a mandíbula de forma bilateral e simetria.</p>	<b>M</b>
<b>Motor ocular externo (VI)</b>	Par craniano III. Motricidade do reto lateral (abdução do olho).	<b>M</b>

<b>Facial (VII)</b>	<p>Observar simetria facial, apagamento do sulco nasogeniano. Pedir para a pessoa sorrir, franzir a testa, encerrar os olhos com força.</p> <p>Observar a dificuldade em reter a saliva, alimentos do lado afetado.</p> <p>Reconhecer sabores doces (açúcar), salgados (sal) e amargos (limão) nos 2/3 anteriores da língua.</p> <p>Digeusia, paladar alterado.</p> <p>Ageusia, ausência de paladar.</p>	<b>D</b>
<b>Acústico (VIII)</b>	<p><b>Divisão coclear (acuidade auditiva)</b></p> <p>Avaliação bilateral de olhos fechados, com um bater de palmas, som de um relógio, estalar dos dedos, clique de uma caneta e pedir para identificar o som.</p> <p>Com recurso a diapasão (128, 256, 512 Hz) pelo teste de <i>Rinne</i> (diapasão em vibração sobre o osso mastóide e pedir para a pessoa referir quando já não sente vibração e depois perto do canal auditivo externo e faz-se a estimativa do tempo de condução aérea), também pelo teste de <i>Weber</i>.</p> <p><b>Divisão vestibular (equilíbrio):</b></p> <p><u>Equilíbrio estático sentado</u>, sentada com as mãos ao lado do tronco suportando o peso do tronco, mantendo o equilíbrio.</p> <p><u>Equilíbrio dinâmico sentado</u> induzir ligeiro balançar do tronco da pessoa e observa-se a forma de compensar o movimento recuperando o equilíbrio.</p> <p><u>Equilíbrio estático de pé</u> (teste de Romberg, posição ortostática, calcanhares unidos e pés separados em 30°, membros superiores ao longo do corpo, na posição anatómica e de olhos fechados durante um minuto. Pessoa é incapaz quando não consegue manter a posição pelo menos por 10 segundos. Quando há dúvidas pedir para colocar um pé em frente do outro em linha reta e observar - Romberg-Barré).</p> <p><u>Equilíbrio dinâmico de pé</u> (caminhar de olhos fechados para a frente e para trás num percurso de 1,5 metro, e observa-se se há desvio da marcha – Babinski-Weil).</p>	<b>A</b>
<b>Glossofaríngeo (IX)</b>	Reconhecer sabores doces ou salgados no 1/3 posterior da língua.	<b>M</b>
<b>Vago (X)</b>	Reflexo de vômito tocando com espátula na região posterior da língua e alterações no tom de voz ou rouquidão (hipofonia ou disfonia), fadiga vocal, tosse ineficaz ou dor local.	<b>M</b>
<b>Espinhal (XI)</b>	Encolher os ombros e rodar a cabeça bilateralmente com e sem resistência da mão do enfermeiro.	<b>D</b>
<b>Hipoglosso (XII)</b>	Movimentos da língua (propulsão ântero-posterior na linha média, lateralidade, observando desvios ou tremores. Observar também atrofia da língua, desvio da úvula ou acumulação de saliva na fossa piriforme. Língua desvia para o lado afetado, úvula desvia para o lado não afetado.	<b>D</b>

Apresenta diminuição ao nível do par craniano VII, observa-se dificuldade em franzir a testa e com desvio da comissura labial para a direita; Alterado ao nível do par VIII não se observando equilíbrio estático estável quer na posição de sentada quer de pé; Diminuição do tónus muscular e controlo postural com dificuldade em manter a cabeça numa posição vertical sem apoios e sem ajuda e com rotação da cabeça para a direita difícil de contrariar, observando-se assim alteração ao nível do par XI; Movimentos da língua diminuídos (protusão e retração), conduzindo a um alteração ao nível do par XII.

**8. Força Muscular: Força mantida no hemicorpo direito, entre 4 e 5 segundo a escala abaixo mencionada, diminuída por imobilidade acometida ao longo do internamento, avaliação correspondente ao hemicorpo esquerdo. Avaliação a 2/10/2016**

Pela escala *Medical Research Council* – MRC<sup>2</sup>: 0 – Sem movimento; 1 – Contração mínima; 2 – Ausência de movimentos ativos contra gravidade; 3 - Contração fraca contra gravidade; 4 – Movimento ativo contra gravidade e resistência; 5 – Força normal.

Avaliação é realizada dos segmentos distais para os proximais, mas a força perdida surge dos segmentos proximais para os distais.

	Flexão/ Extensão	Abdução/ Adução	Rotação Interna/ Externa	Circundação	Lateralização direita/ esquerda	Desvio radial/ Cubital	Supinação/ Pronação	Oponência do polegar	Inversão/ Eversão	Flexão palmar ou plantar	Dorsi- flexão
Cabeça Pescoço	3/5		3/5		2/5						
Escapulo- umeral	1/5	1/5	1/5								
Cotovelo	1/5										
Antebraço							1/5				
Punho				1/5		1/5				1/5	1/5
Dedos	1/5	1/5		1/5				1/5			
Coxo femoral	2/5	2/5	2/5								
Joelho	2/5										
Tibiotársica				2/5					2/5	2/5	2/5
Dedos	2/5	2/5									

<sup>2</sup> Latronico, N. & Gosselink, R. (2015). Abordagem dirigida para o diagnóstico de fraqueza muscular grave na unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*. 27(3), p. 199-201. DOI:10.5935/0103-507X.20150036





## 10. Coordenação motora

### Membros superiores:

**Observar-se:** Dismetria, com dificuldade em colocar os membros corretamente durante o movimento voluntário, quer no início como na altura da alta hospitalar.

### Membros inferiores:

Possível de se realizar com o membro inferior direito, não sendo possível com o membro inferior esquerdo, no início do internamento. Na alta, possível com o membro inferior direito e já com alguma capacidade com o membro inferior esquerdo, não conseguindo efetivar o percurso todo.

## 11. Sensibilidade: Avaliação referente ao hemicorpo esquerdo, mantida no hemicorpo direito

### a) Superficial

- **Tátil:** Observa-se Hipoestesia tátil (diminuída), melhorada a altura da alta.
- **Térmica:** Diminuída, mas melhorada a altura da alta.
- **Dolorosa:** Observa-se Hipoalgesia (diminuída), melhorada na altura da alta.

### b) Profunda

- **Sentido de pressão:** Diminuída
- **Sensibilidade vibratória:** Não avaliada.
- **Sensibilidade postural:** Diminuída.
- **Estereognosia:** Incapaz no início do internamento, mas com alguma capacidade em reconhecer alguns objetos como caneta, chaves, relógio no final do internamento.

## 12. Equilíbrio

Avaliação do equilíbrio pela escala de avaliação simples				
	DATA: 2/10/2016		DATA: 17/10/2016	
	Estático	Dinâmico	Estático	Dinâmico
Sentado	EI	EI	EE	EE
Em pé	EI	EI	EI	EI

EE – Equilíbrio Estável  
EI – Equilíbrio Instável

Grau elevado: sentado e pé dinâmico instável  
Grau moderado: em pé estático e dinâmico instável  
Grau reduzido: pé dinâmico instável

## 13. Marcha

Sem marcha no início do internamento, no final do internamento, na alta com capacidade de se colocar na posição de pé mas sem marcha autónoma, deambulando com ajuda de terceiros curtas distâncias.

## Exame Objetivo

### 1. Estado da pele e avaliação do risco de úlcera por pressão pela Escala de Braden<sup>3</sup>

Descrição da pele e presença ou não de edemas, feridas ou úlceras por pressão.

Escala de Braden	2/10	17/10	
<b>Perceção sensorial</b> (Capacidade de reação significativa ao desconforto)			
1- Completamente limitado			
2- Muito limitado	1	3	
3- Ligeiramente limitado			
4- Nenhuma limitação			
<b>Humidade</b> (Nível de exposição da pele à humidade)			
1- Pele constantemente húmida			
2- Pele muito húmida	3	3	
3- Pele ocasionalmente húmida			
4- Pele raramente húmida			
<b>Actividade</b> (Nível de atividade física)			
1- Acamado			
2- Sentado	2	2	
3- Anda ocasionalmente			
4- Anda frequentemente			
<b>Mobilidade</b> (Capacidade de mudar e controlar posição corporal)			
1- Completamente imobilizado			
2- Muito limitado	2	2	
3- Ligeiramente limitado			
4- Nenhuma limitação			
<b>Nutrição</b> (Alimentação habitual)			
1- Muito pobre			
2- Provavelmente inadequada	2	3	
3- Adequada			
4- Excelente			
<b>Fricção e forças de deslizamento</b>			
1- Problema			
2- Problema potencial	1	2	
3- Nenhum problema			
<b>Pontuação total:</b>	<b>11</b>	<b>15</b>	
<b>Sem problema</b> – 22 – 23 – Sem risco; <b>Grau reduzido</b> – 18 – 21 – Baixo risco; <b>Grau moderado</b> – 13 – 17 Risco moderado; <b>Grau elevado</b> – 9 – 12 - Risco elevado; <b>Grau muito elevado</b> – 6-8 – Risco muito elevado;			

### 2. Pele e Integridade Cutânea

Inicialmente a 2/10/2016, pele pálida e seca, com sutura operatória com pontos na região temporal direita, sem sinais inflamatórios. Região inguinal macerada, que causa algum desconforto. Sem edemas presentes. Na altura da alta pele íntegra, corada e hidratada, com sutura operatória cicatrizada sem sinais de compromisso. Maceração inguinal melhorada. Sem edemas presentes.

<sup>3</sup> Direção Geral de Saúde-DGS. 2011. *Escala de Braden. Versão Adulto e Pediátrica*. Lisboa

### 3. Respiração

Frequência respiratória	02/10: 20cpm; 12/10: 16cpm
Padrão respiratório	02/10: Toroco-abdominal; 12/10: Toroco-abdominal
Auscultação pulmonar	02/10: Sons adventícios tipo roncos; 12/10: Murmúrio vesicular mantido
Saturações periféricas de oxigênio	Acima dos 95%
Observação do Tórax	Sem alterações
Reflexo de tosse e descrição	Presente, eficaz.
Secreções e descrição	Sem presença significativa de secreções brônquicas.

### 4. Circulação e dor

Tensão arterial	02/10: 132/74mmhg; 12/10: 134/80mmhg
Frequência cardíaca	02/10: 99bpm; 12/10: 89bpm
Dor (local e intensidade)	02/10: 5; 12/10: 2 pela escala numérica
Temperatura	02/10: 37,3°C; 12/10: 36,4°C

### 5. Risco de queda pela Escala de Morse<sup>4</sup>

ITEM		Valor	2/10	17/10
Historial de quedas no internamento, urgência ou nos últimos 3 meses	Sim	25		
	Não	0	X	X
Diagnostico secundário	Sim	15		X
	Não	0	X	
Ajuda para caminhar	Nenhum/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas	0	X	X
	Muletas/canadianas/bengala/andarilho	15		
	Apoia-se no mobiliário para andar	30		
Terapia intravenosa/cateter periférico obturador/heparina com	Sim	20		
	Não	0	X	X
Postura no andar e na transferência	Normal/acamado/imóvel	0		
	Debilidade	10		X
	Dependente de ajuda	20	X	
Estado mental	Consciente das suas capacidades	0		X
	Esquece-se das suas limitações	15	X	
Total			35	25
Sem risco (0-24)				
Baixo risco (25-50)				
Alto risco (>50)				

<sup>4</sup> Costa-Dias, M.J.M., Ferreira, P.L. & Oliveira, A.S. (2014). Adaptação cultural e linguística e validação da Escala de Quedas de Morse. *Revista de Enfermagem de Referência*. IV (2), 7-17. DOI: 10.12707/R111382

## 5. Nutrição e deglutição

<b>Altura</b>	165cm aproximadamente
<b>Peso antes do internamento</b>	65kg aproximadamente
<b>Peso atual</b>	60kg aproximadamente
<b>Índice de massa Corporal</b>	22kg/m2-Normal
<b>Hábitos alimentares</b>	Normalmente quatro refeições por dia, sendo que a sopa fazia parte sempre do jantar. Referiu ser intolerante à lactose. Não necessitava de qualquer ajuda de terceiros.
<b>Padrão atual</b>	2/10/2016 (primeiro contato): Alimentação entérica a 63cc/h por sonda nasogástrica, com dependência em grau elevado no autocuidado de alimentação. 17/10/2016 (dia da alta): Mantém alimentação via oral com deglutição mantida para alimentos de consistência líquida e pastosa e faz 5 refeições por dia. Necessita de ajuda total no autocuidado de alimentação mas consegue levar os alimentos à boca.

## Avaliação da deglutição – Escala de GUSS – *Gugging Swallowing Test*<sup>5</sup>

1. Preliminary Investigation / Indirect Swallowing Test		
	YES	NO
<b>VIGILANCE</b> <i>(The patient must be alert for at least 15 minutes)</i>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
<b>COUGH and/or THROAT CLEARING</b> <i>(Voluntary cough! Patient should cough or clear his or her throat twice)</i>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
<b>SALIVA SWALLOW</b>		
• <b>SWALLOWING SUCCESSFUL</b>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
• <b>Drooling</b> <i>(Herabströmen von Speichel aus dem Mund)</i>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
• <b>VOICE CHANGE</b> <i>(hoarse, gurgly, coated, weak, choke on own saliva)</i>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
<b>SUM:</b>		(5)
	1 - 4 = Investigate further* 5 = Continue with „Direct Swallowing Test“	

<sup>5</sup> Trapl, Enderle, Nowotny, Teuschl, Matz, Dachenhausen & Brainin (2007). Dysphagia bedside screening for acute-stroke patients: the Gugging Swallowing Screen. *Stroke*. 38(11), 2948-2952. DOI: [10.1161/STROKEAHA.107.483933](https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.107.483933)

**2. Direct Swallowing Test**  
(Material: Aqua bi, flat teaspoon, food thickener, bread)

**In the following order:**

	1 →	2 →	3 →
	SEMISOLID*	LIQUID**	SOLID ***
<b>DEGLUTITION:</b>			
• Swallowing not possible	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
• Swallowing delayed (> 2 sec.) (Solid textures > 10 sec.)	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
• Swallowing successful	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
<b>COUGH (involuntary):</b> <i>(before, during or after swallowing – until 3 minutes later)</i>			
• Yes	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
• No	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
<b>DROOLING:</b>			
• Yes	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
• No	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
<b>VOICE CHANGE:</b> <i>(listen to the voice before and after swallowing- patient should speak „Oh“)</i>			
• Yes	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
• No	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
<b>SUM:</b>	(5)	(5)	(5)
	1-4 = Investigate further <sup>2</sup> 5 = Continue „LIQUID“	1-4 = Investigate further <sup>2</sup> 5 = Continue „SOLID“	1-4 = Investigate further <sup>2</sup> 5 = NORMAL

**Instruction „Direct Swallowing Test“**

\* First administer ¼ - ½ teaspoon Aqua bi with food thickener (pudding-like consistency). If there are no symptoms apply 3 to 5 teaspoons. Assess after the 5<sup>th</sup> spoonful.

\*\* 3, 5, 10, 20 ml Aqua bi – if there are no symptoms continue with 50 ml Aqua bi (Daniels et al. 2000; Gottlieb et al. 1996) Assess and stop the investigation when one of the criteria is observed.

\*\*\* Clinical: Dry bread ; FEES: Dry bread which is dipped in coloured liquid.

<sup>2</sup> Use functional investigation such as Videofluoroscopic Evaluation of Swallowing (VFES) , Fiberoptic Endoscopic Evaluation of Swallowing (FEES)

SUMMARY		
Sum „Indirect Swallowing Test“:		( 5 )
Sum „Direct Swallowing Test“:		( 15 )
Sum TOTAL:		( 20 )

RESULTS	SEVERITY CODE	RECOMMENDATIONS
20 Semisolid / liquid and solid textures successful	Slight / No dysphagia Minimal risk of aspiration	<ul style="list-style-type: none"> <li>Normal diet</li> <li>Regular liquids</li> <li>First time under supervision of the SLT or a trained stroke nurse !</li> </ul>
15-19 Semisolid and liquid texture successful and solid unsuccessful	Slight dysphagia with a low risk of aspiration	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dysphagic diet (pureed and soft food)</li> <li>Liquids very slowly – one sip at a time</li> <li>Functional swallowing assessments such as Fiberoptic Endoscopic Evaluation of Swallowing (FEES) or Videofluoroscopic Evaluation of Swallowing (VFES)</li> <li>Refer to Speech and Language Therapist (SLT)</li> </ul>
10-14 Semisolid swallow successful and liquids unsuccessful	Moderate dysphagia with a risk of aspiration	Dysphagia diet beginning with: <ul style="list-style-type: none"> <li>Semisolid textures such as baby food and additional parenteral feeding</li> <li>All liquids must be thickened!</li> <li>Pills must be crushed and mixed with thick liquid</li> <li>No liquid medication!</li> <li>Further functional swallowing assessments (FEES, VFES)</li> <li>Refer to Speech and Language Therapist (SLT)</li> </ul> Supplementation with nasogastric tube or parenteral
0-9 Preliminary investigation unsuccessful or semisolid swallow unsuccessful	Severe dysphagia with a high risk of aspiration	<ul style="list-style-type: none"> <li>NPO (non per os = nothing by mouth)</li> <li>Further functional swallowing assessments (FEES, VFES)</li> <li>Refer to Speech and Language Therapist (SLT)</li> </ul> Supplementation with nasogastric tube or parenteral

Pela escala de GUSS a 9/10 score de: 5

Pela escala de GUSS a 17/10 score de: 15

### Avaliação da deglutição pela norma vigente no local de estágio

Teste de deglutição de água em vigor no serviço, descrito na norma de procedimento "Dieta e técnica de alimentação em função do grau de disfagia". Consiste em fornecer 10 ml de água três vezes utilizando uma seringa, caso a pessoa degluta dar cerca de 50ml de água num copo pequeno e posteriormente vamos classificar consoante o observado:

Função da deglutição 2/10	Normal	Disfagia leve	Disfagia grave
1. Gotejar de água pela boca (babar)	Não	Mínima	Completa
2. Movimento laríngeo	Sim	Sim	Não
3. Tosse na deglutição	Não	Uma vez	Duas ou mais
4. Estridor na deglutição	Não	Não	Sim
Função da deglutição 17/10	Normal	Disfagia leve	Disfagia grave
1. Gotejar de água pela boca (babar)	Não	Mínima	Completa
2. Movimento laríngeo	Sim	Sim	Não
3. Tosse na deglutição	Não	Uma vez	Duas ou mais
4. Estridor na deglutição	Não	Não	Sim

### 6. Padrão de sono e repouso

Padrão habitual	Sem alterações, 7-8 horas por noite.
Padrão atual	Padrão de sono alterado referindo que não dorme de noite e depois de dia sente-se muito cansada. Após ajuste terapêutico referiu na altura da alta estar a dormir pelo menos 6 a 7 horas seguidas.

### 7. Eliminação

Eliminação Vesical	
Padrão Habitual	Independente, sem alterações de relevância, apenas infeções do trato urinário frequentes.
Padrão atual	Manteve-se algaliada em todo o internamento, tendo sido desalgaliada a 15/10/2016, com micção espontânea inicialmente para a fralda. Na altura da alta com controlo de esfíncteres, pede a arrastadeira (17/10/2016).
Eliminação intestinal	
Padrão habitual	Sem alterações
Padrão atual	Inicialmente sem controlo de esfíncteres. Apresentou episódio de fezes líquidas por 3 dias, tendo sido realizado ajuste da alimentação na altura. Na altura da alta, com controlo de esfíncteres, pede a arrastadeira.

## 8. Avaliação das Atividades de Vida Diária através da Medida De Independência Funcional (MIF)<sup>6</sup>

Data:	2/10	9/10	17/10
<b>Autocuidados</b>			
A. Alimentação	1	1	3
B. Higiene pessoal	1	2	3
C. Banho	1	2	3
D. Vestir metade superior	1	1	2
E. Vestir metade inferior	1	1	1
F. Uso da sanita	1	1	2
<b>Controlo esfíncteres</b>			
G. Bexiga	1	1	1
H. Intestino	1	1	1
<b>Transferências</b>			
I. Leito, CR, Cadeira	1	1	3
J. Sanita	1	1	3
K. Banheira, Duche	1	1	3
<b>Locomoção</b>			
L. Marcha, CR	1	1	2
M. Escadas	1	1	1
<b>Comunicação</b>			
N. Compreensão	2	4	5
O. Expressão	1	4	5
<b>Consciência exterior</b>			
P. Interação social	1	4	5
Q. Resolução problemas	1	2	3
R. Memória	1	4	5
<b>Score:</b>	<b>19</b>	<b>32</b>	<b>51</b>

1. Ajuda total (pessoa <25%)
2. Ajuda máxima (pessoa >25%)
3. Ajuda moderada (pessoa > 50%)
4. Ajuda mínima (pessoa >75%)
5. Supervisão
6. Independência modificada por dispositivo
7. Independência completa (em segurança e tempo)

<sup>6</sup> Direção Geral de Saúde-DGS. 2011. *Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e de Reabilitação*. Lisboa

## PLANO DE CUIDADOS

Data	Diagnóstico de Enfermagem	Intervenção de Enfermagem	Avaliação
2/10/2016	Movimento muscular comprometido em grau elevado do membro superior e inferior esquerdo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar a força muscular (monitorizando pela escala <i>Medical Research Council</i>);</li> <li>• Vigiar a mobilidade;</li> <li>• Avaliar movimento articular; Avaliar tónus muscular;</li> <li>• Executar exercícios musculares e articulares passivos e exercícios ativos assistidos e resistidos do membro superior esquerdo, conforme evolução da pessoa (oponência do polegar; Flexão/extensão e adução/abdução dos dedos; desvio radial/cubital e flexão/extensão do punho; pronação/supinação antebraço; flexão/extensão do cotovelo; flexão/extensão, adução/abdução; rotação interna/externa do ombro) – Duas séries de dez repetições.</li> <li>• Executar exercícios musculares e articulares passivos e exercícios ativos assistidos e resistidos do membro inferior esquerdo, conforme evolução da pessoa (Flexão/Extensão, Abdução/Adução e rotação interna e externa da coxofemoral; Flexão/Extensão do joelho; Flexão plantar e dorsal, com inversão e eversão da tibiotársica; Flexão/Extensão e adução e abdução dos dedos) – Duas séries de dez repetições.) - Duas séries de dez repetições.</li> <li>• Instruir, assistir e supervisionar exercícios/técnicas como automobilização do membro superior e inferior esquerdo com auxílio do membro superior e inferior direito (no leito e na posição de sentada), facilitação cruzada, rolar no leito, levante com carga no cotovelo, exercício da ponte com ajuda para estabilização, exercícios de oscilação da anca e contração isométrica dos glúteos, quadricípites e isquiotibiais);</li> <li>• Gerir ambiente físico;</li> </ul>	<p><b>2/10/2016</b>  <u>Membro superior esquerdo:</u> Força de grau 1 segundo a escala <i>Medical Research Council</i>. Realizados exercícios musculares passivos. Efetuou a técnica de automobilização com ajuda de forma a compreender o exercício.  <u>Membro inferior esquerdo:</u> Realizados exercícios musculares ativos assistidos do membro inferior esquerdo. Apresenta força muscular de grau 2 na escala <i>Medical Research Council</i>. Efetuou com ajuda automobilização do membro inferior esquerdo com auxílio do membro inferior direito. Efetuado e instruído ao exercício da ponte, oscilação da anca e contração isométrica dos músculos e grupos musculares já referidos.</p> <p><b>17/10/2016</b>  <u>Membro superior esquerdo:</u> Força de grau 3 segundo a escala <i>Medical Research Council</i>. Realizados exercícios musculares ativos</p>

			<p>assistidos e resistidos, conforme tolerância da pessoa. Faz de forma autônoma técnicas como automobilização, rolar no leito e facilitação cruzada.</p> <p><u>Membro inferior esquerdo:</u></p> <p>Realizados exercícios musculares ativos assistidos e resistidos do membro inferior esquerdo. Apresenta força muscular de grau 4 na escala <i>Medical Research Council</i>. Faz autonomamente a automobilização do membro inferior esquerdo com auxílio do membro inferior direito. Efetuados exercícios com recurso a pedaleira e faz o exercício da ponte de forma autônoma.</p>
--	--	--	--

Data	Diagnóstico de Enfermagem	Intervenção de Enfermagem	Avaliação
2/10/2016	<p>Equilíbrio Corporal comprometida em grau elevado (Equilíbrio instável sentado e de pé)</p> <p>Conhecimento sobre técnicas de equilíbrio, não demonstrado</p> <p>Aprendizagem de capacidades sobre técnicas de equilíbrio, não demonstrado</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar o equilíbrio corporal (Monitorizar equilíbrio corporal pela escala de avaliação simples do equilíbrio);</li> <li>• Vigiar equilíbrio corporal;</li> <li>• Estimular a manter o equilíbrio corporal pela correção postural;</li> <li>• Realizar técnicas de treino de equilíbrio estático e dinâmico, sentada (correção postural, oscilação do tronco frontal, lateral e dorsal e alternância de carga nos membros superiores e dos membros inferiores quando possível);</li> <li>• Ensinar e treinar técnicas de treino de equilíbrio estático e dinâmico</li> <li>• Utilizar equipamento adaptativo para a posição de sentada (cadeira de rodas de espaldar alto e mesa de trabalho);</li> <li>• Treinar técnicas de treino de equilíbrio estático e dinâmico;</li> <li>• Validar conhecimento e aprendizagem sobre técnicas de treino de equilíbrio estático e dinâmico;</li> <li>• Levantar a pessoa;</li> <li>• Incentivar o levante;</li> <li>• Manter e ensinar medidas de segurança;</li> </ul>	<p><b>2/10/2016</b> Apresenta equilíbrio estático e dinâmico instável sentada e de pé. Foram efetuados e ensinados os exercícios e técnicas referidas. Faz levante para cadeira de rodas de espaldar alto.</p> <p><b>17/10/2016</b> Equilíbrio estático e dinâmico sentado presente. Equilíbrio estático e dinâmico em pés instável. Colabora nos exercícios e técnicas, reconhecendo-os. Faz levante para cadeira de rodas, sendo corrigida a postural corporal com recurso a espelho quadriculado.</p>

Data	Diagnóstico de Enfermagem	Intervenção de Enfermagem	Avaliação
2/10/2016	Risco de queda presente em grau moderado (entre 25-50 de valor de referência na Escala de Morse: 40.)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorizar o risco de queda através da Escala de <i>Morse</i>;</li> <li>• Gerir ambiente físico (manter medidas de segurança nas transferências, manter grades elevadas, colocar mesa de trabalho quando sentada na cadeira de rodas, baixar a altura da cama);</li> <li>• Vigiar ação da pessoa;</li> <li>• Supervisionar as atividades da pessoa no leito e quando sentada na cadeira de rodas;</li> </ul>	<p><b>2/10/2016</b> Foram mantidas as grades e baixado o plano da cama quando se encontrava no leito. Quando na cadeira de rodas foi colocada mesa de trabalho. Apresenta um score de 40 na Escala de <i>Morse</i> (risco em grau moderado).</p> <p><b>17/10/2016</b> Mantiveram-se ao longo dos dias os cuidados referidos. Apresenta um score de 35 na Escala <i>Morse</i> (risco em grau moderado).</p>

Data	Diagnóstico de Enfermagem	Intervenção de Enfermagem	Avaliação
2/10/2016	Risco de úlcera de pressão presente em grau elevado (valor menor ou igual a 11 na escala de Braden: 11)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorizar risco de úlcera de pressão pela Escala de <i>Braden</i>;</li> <li>• Colocar/Manter colchão anti-escaras;</li> <li>• Aliviar zonas de pressão através de equipamentos (alternar decúbitos, uso de almofadas para aliviar zonas de pressão, roupa da cama sem vincos, evitar forças de fricção e cisalhamento)</li> <li>• Aplicar creme hidratante;</li> <li>• Aplicar técnica de massagem terapêutica;</li> <li>• Vigiar pele;</li> <li>• Manter pele seca;</li> <li>• Posicionar a pessoa [alternância de decúbitos de 3/3 horas];</li> <li>• Vigiar sinais de úlcera de pressão;</li> <li>• Gerir dieta;</li> </ul>	<p><b>02/10/2016</b> Apresenta pele íntegra. Aplicado creme hidratante e massajada. Sem sinais de úlcera de pressão. Posicionada com ajuda total e com recurso a almofadas de diferentes tamanhos. Faz levante para cadeira de rodas de espaldar alto, prevenindo-se zonas de pressão na posição de sentada. Apresenta score 11 na Escala de <i>Braden</i>.</p> <p><b>17/10/2016</b> Apresenta pele íntegra. Aplicado creme hidratante e massajada. Necessita de ajuda parcial para se mobilizar no leito, sendo que são colocadas almofadas para facilitar o posicionamento e recorre a técnicas de facilitação cruzada para se automobilizar no leito. Faz levante para cadeira de, sendo efetuada a prevenção de zonas de pressão quando sentada. Apresenta score 15 (grau moderado) na Escala de <i>Braden</i>.</p>

Data	Diagnóstico de Enfermagem	Intervenção de Enfermagem	Avaliação
9/10/2016	<p>Deglutição comprometida em grau elevado (incapacidade em deglutir alimentos de consistência líquida a sólida).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar a deglutição de forma indireta (história clínica e alimentar; estado de consciência – Escala de comas de <i>Glasgow</i>, orientação, atenção, memória, comportamento; linguagem e capacidade de compreensão de comandos; controlo da cabeça na posição de sentada; estado dos lábios e mucosa oral; número e estado da dentição; padrão respiratório; eficácia do reflexo de tosse; tempo de início da deglutição após solicitar; observar movimento laríngeo na deglutição de saliva e se consegue deglutir a mesma; avaliação dos pares cranianos envolvidos na deglutição; auscultação cervical e saturação periférica de oxigénio antes, durante e após deglutição);</li> <li>• Avaliar a deglutição de forma direta (pela <i>Gugging Swallowing Screen</i> ou por recurso à norma de procedimento do serviço já referida anteriormente);</li> <li>• Aplicar Bandas Neuromusculares (BNM) como estímulo proprioceptivo e para promover a correção postural, alinhamento corporal, aumento do tônus e força muscular e alívio da dor na região do esternocleidomastóideo, trapézio e músculos laríngeos e faríngeos em associação com a massagem terapêutica;</li> <li>• Executar, treinar e ensinar exercícios para melhorar a amplitude de movimentos, a força e resistência muscular (I. <b>Lábios:</b> Protruir, retrain, lateralizar, segurar uma espátula com os lábios em repouso e/ou protruídos, gesto de assobiar, dar beijinhos, sorrir e depressão do lábio inferior - Duas vezes por dia, durante cerca de quinze minutos, podendo ser assistidos e resistidos como os dedos da mão do EEER; II. <b>Língua:</b> Exercícios de amplitude de movimentos (Protruir a língua o máximo possível, mantendo esta posição por dois segundos e relaxar depois; Mover a língua para o canto direito da boca esticando a mesma o máximo possível por dois segundos, relaxar e repetir para o canto esquerdo; Elevar a ponta da língua até à zona posterior dos dentes incisivos, manter por dois segundos e relaxar; Para treinar a região posterior da língua pede-se que se produza os sons "K" ou "G", mantendo a língua nessa posição por dois segundos e relaxar; Para treinar a retração da língua instrui-</li> </ul>	<p>09/10/2016  Deglutição comprometida em grau elevado, com risco elevado de aspiração (avaliação com <i>score</i> de 5 na <i>Gugging Swallowing Screen</i>). Foi mantida sonda nasogástrica para vincular a alimentação. Foram iniciados faseadamente exercícios descritos para a reeducação da deglutição e correção postural com colaboração e compreensão da pessoa. Colocação de BNM para propriocepção, correção postural e alívio de dor na região do trapézio e esternocleidomastóideo. Posicionada de forma a prevenir a aspiração. Efetuada higiene oral uma vez por turno.</p> <p>17/10/2016  Deglutição comprometida em grau reduzido (deglute alimentos de consistência líquida e pastosa, <i>score</i> de 15 pela <i>Gugging Swallowing Screen</i>). Sem dor na região do esternocleidomastóideo e trapézio. Mantém a cabeça numa posição alinhada, com força muscular local melhorada. Mantém alimentação eficaz por via oral com</p>

		<p>se para que se desloque a língua para trás o máximo possível segurar por dois segundos e relaxar. Pode-se repetir os exercícios por cinco a dez vezes.). Exercícios de força e resistência pelo uso de resistências com recurso à zona posterior de uma colher (Empurrar a língua para fora e mantendo por dois segundos e relaxar, podendo efetuar com a língua lateralizada, para cima ou para baixo, se mobilidade da língua comprometida realizar os mesmos movimentos no interior da cavidade oral, empurrando contra as bochechas e com resistência exterior de um dedo. Repetir por cinco a dez vezes; III. <b>Mandíbula:</b> Movimentos de alongamento, passivos ou ativos pedindo à pessoa para que abra o máximo possível a cavidade oral sem causar dor e manter essa posição por dois segundos, relaxando depois. Repetir o movimento anterior para o lado esquerdo e depois para o lado direito e por fim num movimento circular, relaxando sempre no final e repetindo todos cinco a dez vezes; IV. <b>Bochechas:</b> Insuflar as bochechas de um lado de cada vez e depois dos dois lados ao mesmo tempo. Executar o movimento anterior fazendo pressão com as mãos, mantendo sempre os lábios fechados e a posição por alguns segundos, relaxando depois; V. <b>Laringe:</b> Uso da voz de falsete, em que se solicita à pessoa para que abra a cavidade oral como se fosse bocejar e produza o som nesse momento e mantenha por uns segundos. Outra forma é através da manobra de <i>Mendelson</i> e pelo exercício de <i>Shaker</i> - colocar a pessoa em decúbito dorsal pedindo que mantenha por um minuto a cabeça elevada de forma a observar a ponta dos dedos dos pés, sem retirar os ombros da base da cama e com a boca fechada, seguido por um minuto de descanso, repetindo três vezes e depois 30 vezes sem sustentar a posição).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Executar, ensinar e treinar exercícios ativos resistidos de elevação e depressão do ombro e de lateralização da cabeça;</li> <li>• Gerir técnicas posturais como a flexão cervical e de estimulação sensorial (estimulação térmica e tátil e sabores ácidos).</li> <li>• Validar conhecimentos das técnicas referidas;</li> <li>• Gerir dieta (consistência e texturas);</li> <li>• Planear a dieta;</li> <li>• Posicionar a pessoa para a refeição;</li> <li>• Manter sonda nasogástrica garantindo a sua otimização;</li> <li>• Garantir uma higiene oral eficaz;</li> </ul>	<p>deglutição eficaz para alimentos de consistência líquida e pastosa. Capaz de conhecer e executar técnicas e exercícios inerentes à reeducação da deglutição. Necessário estimular exercícios dirigidos aos movimentos mastigatórios como forma de vincular a deglutição eficaz e segura de alimentos sólidos.</p> <p>Alta, sem SNG alimentando-se oralmente de consistências líquidas e pastosas, com score de 17 na escala de GUSS, referente a uma disfagia ligeira com risco reduzido de aspiração com score máximo em todas as avaliações com exceção na consistência sólida de alimentos. Faz cinco refeições por dia, necessitando de ajuda total no AC de alimentação, mas consegue levar os alimentos à boca. Foram informados, treinados, ensinados e validados os exercícios de força e resistência muscular efetuados no internamento à pessoa e na presença do marido, capacitando-os para a execução independente, conjunta ou individual dos mesmos em ambulatório.</p>
--	--	---	--

Data	Diagnóstico de Enfermagem	Intervenção de Enfermagem	Avaliação
2/10/2016	<p>Autocuidado de alimentação comprometido em grau elevado (Valor pela escala de MIF de 1)</p> <p>Conhecimento não demonstrado sobre o uso de equipamento adaptativo para o autocuidado de alimentação</p> <p>Conhecimento do prestador de cuidados sobre o uso de equipamento adaptativo para o autocuidado de alimentação não demonstrado</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Garantir a higiene oral;</li> <li>•Lavar a boca;</li> <li>•Vigiar refeição;</li> <li>•Evitar distrações;</li> <li>•Gerir dieta;</li> <li>•Providenciar equipamento adaptativo para o autocuidado da alimentação;</li> <li>•Preparar os alimentos;</li> <li>•Vigiar refeição;</li> <li>•Estimular o uso de talheres através do lado direito;</li> <li>•Informar, Ensinar e Validar conhecimento sobre técnicas adaptativas para o autocuidado de alimentação;</li> <li>•Envolver, informando, ensinando o cuidador sobre os cuidados inerentes ao autocuidado da alimentação (pedir para colaborar nos períodos da refeição);</li> <li>•Validar conhecimento do prestador de cuidados;</li> </ul>	<p><b>2/10/2016</b> Encontra-se com alimentação por via entérica. MIF com o valor de 1, referente a ajuda total na AVD referida.</p> <p><b>17/10/2016</b> Autocuidado de alimentação comprometido em grau moderado (Valor pela escala de MIF de 3). Mantém alimentação por via oral de consistências líquidas e pastosas. Colocando guardanapo por baixo do prato como forma de apoio ao prato, facilitando o alcance aos alimentos. Necessita de ajuda na preparação dos alimentos, levando-os à boca com o membro superior direito, apoiando o prato com o esquerdo. Apetite reduzido, mas alimenta-se de mais de metade da dieta. Foi dado conhecimento sobre os cuidados inerentes a este autocuidado à pessoa e família (consistências de dieta, preparação de alimentos, tempo de refeição, prevenção de aspiração, agir em caso de engasgamento) com <i>feedback</i> positivo.</p>

Data	Diagnóstico de Enfermagem	Intervenção de Enfermagem	Avaliação
2/10/2016	<p>Autocuidado de Higiene comprometido em grau elevado (Valor pela escala de MIF de 1)</p> <p>Conhecimento não demonstrado sobre o uso de equipamento adaptativo para o autocuidado de higiene</p> <p>Conhecimento do prestador de cuidados sobre o uso de equipamento adaptativo para o autocuidado de higiene não demonstrado</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Executar cuidados de higiene na maca banheira/leito//cadeira de duche;</li> <li>• Incentivar o autocuidado de higiene;</li> <li>• Providenciar equipamento adaptativo para o autocuidado de higiene;</li> <li>• Informar, Ensinar e Validar conhecimento sobre técnicas adaptativas para o autocuidado de higiene (avaliar a temperatura da água com o lado direito onde a sensibilidade térmica é maior e lavar metade superior do corpo com o membro superior direito);</li> <li>• Estimular o autocuidado de higiene permitindo que ajude a lavar a metade superior do corpo com esponja com o lado direito;</li> <li>• Envolver, informando, ensinando o cuidador sobre os cuidados inerentes ao autocuidado da higiene (pedir para colaborar num turno da manhã);</li> <li>• Validar conhecimento do prestador de cuidados;</li> <li>• Providenciar o uso da cadeira de duche quando mantiver equilíbrio postural estável sentada, treinando estratégias adaptativas (apoiar membro superior esquerdo no braço da cadeira e lavar corpo com o membro superior direito);</li> <li>• Lavar a boca e estimular que conforme e sua evolução o faça de forma autónoma;</li> </ul>	<p><b>2/10/2016</b> Autocuidado de higiene comprometido em grau elevado (valor de 1 pela MIF). Cuidados de higiene foram prestados no leito com pouca colaboração da pessoa apesar de incentivada. Necessita de ajuda total na AVD.</p> <p><b>9/10/2016</b> Autocuidado de higiene comprometido em grau elevado (valor de 2 pela MIF). Cuidados de higiene foram prestados na maca banheira, com algum grau de colaboração da pessoa, lava metade superior do corpo com o membro superior direito.</p> <p><b>17/10/2016</b> Autocuidado de higiene comprometido em grau moderado (valor de 3 pela MIF) Cuidados de higiene são prestados na cadeira de duche. Pessoa encontra-se envolvida nos cuidados de higiene e compreender a importância desse envolvimento, lava metade superior do corpo e até à região dos joelhos. Faz a sua higiene oral com ajuda moderada. Não houve disponibilidade por parte do marido de envolvimento.</p>

Data	Diagnóstico de Enfermagem	Intervenção de Enfermagem	Avaliação
2/10/2016	Autocuidado vestuário comprometido em grau elevado (Valor pela escala de MIF de 1)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vestir a pessoa,</li> <li>• Incentivar o autocuidado vestuário (vestir a roupa pelo lado esquerdo, estimulando a facilitação cruzada; e despir do lado direito;</li> <li>• Ensinar sobre estratégias adaptativas para o auto cuidado: vestuário (vestir a roupa pelo lado esquerdo, estimulando a facilitação cruzada; e despir do lado direito).</li> </ul>	<p><b>2/10/2016</b> Dependente total neste autocuidado, não colaborando no mesmo apesar de incentivada. Apresenta valor de 1 no Item vestir metade superior e inferior na Escala de MIF.</p> <p><b>17/10/2016</b> Colabora a vestir a camisa pelo membro superior esquerdo, com ajuda do membro superior direito, estimulando a facilitação cruzada e a despir a camisa pelo membro superior direito e posteriormente pelo membro superior esquerdo. Necessita de ajuda a vestir e despir as calças. Apresenta um valor de 2 no Item vestir metade superior e valor de 1 no item vestir metade inferior na Escala de MIF.</p>

Data	Diagnóstico de Enfermagem	Intervenção de Enfermagem	Avaliação
2/10/2016	Autocuidado uso do sanitário comprometido em grau elevado (Valor pela escala de MIF de 1)	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Assistir no autocuidado, uso do sanitário;</li> <li>•Providenciar equipamento adaptativo para o auto cuidado: sanitário (providenciar arrastadeira) ou colaborar na deslocação à casa de banho;</li> <li>•Incentivar o auto cuidado: uso do sanitário;</li> <li>•Otimizar a fralda;</li> <li>•Vigiar eliminação intestinal;</li> <li>•Vigiar eliminação urinária;</li> <li>•Monitorizar débito urinário.</li> </ul>	<p><b>2/10/2016</b> Necessita de ajuda total na AVD referida, sem controlo de esfíncteres, pelo que evacua na fralda e encontra-se algaliada, urina de características normais, sem alterações.</p> <p><b>17/10/2016</b> Apresenta controlo de esfíncteres, pede a arrastadeira para urinar (desalgaliada a 15/10/2016, urinando inicialmente para a fralda, sendo incentivado o uso da arrastadeira) e evacuar. Quando sentada desloca-se à casa de banho com ajuda total. Como intercorrência destaca-se infeção do trato urinário resolvida e episódio de dejeções líquidas durante 3 dias também resolvida. Mantém fralda por proteção. Urina e fezes de características normais. Valor de 2 pela MIF no item uso do sanitário.</p>

Data	Diagnóstico de Enfermagem	Intervenção de Enfermagem	Avaliação
2/10/2016	Posicionar-se, dependente em grau elevado (valor de 1 pela MIF)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Posicionar a pessoa no leito com almofadas, alternando decúbitos de 3/3 horas;</li> <li>• Incentivar a pessoa posicionar-se;</li> <li>• Executar posicionamento correto no leito para prevenção do padrão espástico de 3/3 horas.</li> </ul>	<p><b>2/10/2016</b> Dependente total na AVD referida com valor de 1 pela MIF. Foi posicionada no leito, prevenindo úlceras por pressão e padrão espástico de 3/3 horas. Foi massajada e incentivada a participar na ação.</p> <p><b>17/10/2016</b> Dependente em grau moderado no autocuidado referido com valor de 3 pela MIF. Colabora nos posicionamentos, sendo assistida nos mesmos, usa o triângulo da cama como meio de ajuda na alternância de decúbitos. Faz levante diário para cadeira de rodas.</p>



Apêndice V – Jornal de Aprendizagem: Avaliação da Deglutição

## **Jornal de Aprendizagem: Avaliação da Deglutição**

No último dia de estágio no serviço de neurocirurgia tive a oportunidade de contato com uma situação onde apenas tive a oportunidade de avaliar a pessoa em causa nesse mesmo dia, não tendo informações posteriores nem uma abordagem prática de um plano de reabilitação para a situação em si. Mesmo assim, penso que seja importante relatar a experiência decorrente da avaliação efetuada.

Tratava-se de uma pessoa do sexo feminino com 75 anos de idade com uma lesão ocupante espaço (LOE) na região temporal à direita, já com presença de desequilíbrio da marcha e diminuição da força muscular à esquerda. Após craniotomia observou-se de forma geral, força mantida do hemisfério direito, mas diminuída do hemisfério esquerdo, parésia facial central à esquerda, desvio ocular convergente à esquerda, disfonia e disartria. Mantém sonda nasogástrica por disfagia.

Apesar de ser o último dia e de não poder acompanhar o restante tempo de internamento da doente decidi efetuar a minha avaliação e registá-la.

Em termos de consciência segundo a escala de comas de Glasgow em vigor no serviço apresentava um score entre o 13 e o 14 (apresentava abertura ocular à voz mantendo a vigília, uma resposta verbal aparentemente orientada mas com períodos de discurso incoerente e apresentava capacidade de obedecer comandos). Em termos de orientação encontrava-se orientada na pessoa (auto psiquicamente) e alo psiquicamente por períodos (souber referir o local onde se encontrava e o ano, com dificuldade em referir o dia, a semana e perguntas mais específicas como o mês e qual o presidente da república).

Na linguagem observa-se alguma dificuldade na articulação das palavras, disartria e apercebia-se da situação, referindo que não conseguia falar. Em termos de sensibilidade superficial e profunda o hemisfério direito não apresentava alterações. Ao nível do hemisfério esquerdo sensibilidade mantida, conseguiu colaborar referindo de forma correta os estímulos táteis, dolorosos e térmicos (sensibilidade superficial) em todo o hemisfério, assim como a sensibilidade profunda em termos do sentido de pressão, encontrando-se alterada e difícil de avaliar a sensibilidade profunda em termos posturais e de estereognosia. Não foi possível avaliar o equilíbrio sentado, pois não tinha indicação da equipe médica para levantar.

Face a força muscular observada, pela escala *Medical Research Council*, (1) Cabeça, força de grau 3 na lateralização para a direita e esquerda e de grau 2 na flexão e extensão; (2) Restante hemicorpo direito com força de grau 4/5 em todas as localizações e movimentos; (3) Hemicorpo esquerdo observou-se contração (força de grau 1) nos dedos e polegar, punho e antebraço e não se observou movimento (força de grau 0) no cotovelo e escapulumeral. Por outro lado ao nível do membro inferior observou-se capacidade de flexão e extensão e dificuldade na abdução adução dos dedos, com competência de flexão e dorsiflexão plantar (força de grau 2) mas dificuldade na inversão e eversão; flexão e extensão do joelho com força de grau 2 e valor igual nos movimentos da coxofemoral (flexão/extensão, adução/abdução, rotação interna/externa). Em termos de tônus muscular, segundo a escala modificada de *Ashworth* grau zero em todas as localizações de forma bilateral, ou seja, com tônus normal. Desta forma de forma global observa-se uma parésia do membro inferior esquerdo e praticamente uma plegia do membro superior esquerdo flácida.

Em termos de coordenação motora sem dismetria ao nível do membro superior direito na prova de índice-nariz quer de olhos abertos quer de olhos fechados e também ao nível do membro inferior direito na prova calcanhar-joelho. O mesmo movimento/prova encontra-se alterado para o membro superior esquerdo por presença de plegia, mas apesar da parésia presente no membro inferior esquerdo conseguiu efetuar o movimento arrastando o calcanhar até à zona do joelho mas apenas acompanhando na região lateral interna do membro inferior esquerdo.

Foi realizada uma avaliação dos pares cranianos, observando-se o descrito na tabela em seguida.

<b>Pares Cranianos/Alterações</b>	<b>Avaliação</b>
<b>Olfativo (I)</b>	Sem alterações
<b>Ótico (II)</b>	Sem alterações
<b>Óculo motor comum (III)</b> <b>Patético (IV)</b> <b>Motor ocular externo (VI)</b>	Apresenta diplopia, com desvio convergente ocular à esquerda e nistagmo. Sem alterações, pupilas isocóricas e isoreativas tamanho 3 aproximadamente.
<b>Trigêmio (V)</b>	Sem alterações da sensibilidade nos três níveis (oftálmico, mandibular e maxilar) quer da hemiface esquerda quer direita. Ligeira dificuldade em mobilizar a mandíbula para o lado esquerdo e à palpação força reduzida do masséter.

<b>Facial (VII)</b>	Assimetria facial, com paresia facial central esquerda e com desvio da comissura labial para a direita, com apagamento do sulco nasogeniano à esquerda. Reconhecimento dos sabores (doce e salgado) mantidos, dificuldade no reconhecimento do sabor amargo.
<b>Acústico (VIII)</b>	Impossível de avaliar o equilíbrio estático e dinâmico. Mantém acuidade auditiva quer à direita, quer esquerda (reconheceu sons como o abrir e fechar da esferográfica com o dedo e o som do ponteiro dos segundos do relógio).
<b>Glossofaríngeo (IX)</b>	Sem alterações.
<b>Vago (X)</b>	Hipofonia
<b>Espinhal (XI)</b>	Cabeça, força de grau 3 na lateralização para a direita e esquerda e de grau 2 na flexão e extensão. Elevação e depressão do ombro direito mantida com resistência e sem, mas ausente no ombro esquerdo.
<b>Hipoglosso (XII)</b>	Apresenta movimentos da língua de protusão/retração, lateralização e elevação, sem assimetrias observadas, mas com força á resistência dos movimentos diminuída.

Tendo em conta a alteração descrita do VI par craniano, que durante a cirurgia houve manipulação do mesmo referido pela equipe médica. Desta forma, optou-se pela oclusão do olho esquerdo, para conforto da pessoa e pela diplopia. A oclusão apenas do olho lesado ou de ambos de forma alternada é algo a rever face as alterações motoras. A oclusão do olho são quando ainda há uma boa ação residual do músculo reto lateral pode ser efetuada para a sua própria estimulação de forma a induzir a fixação do olho em abdução, caso seja uma situação mais grave com a abdução muito comprometida a sua oclusão poderá já não ser benéfica. Por outro lado, a oclusão do olho lesado pode ser benéfica pois bloqueia a diplopia e impede a desorientação espacial incitada pela posição estática do olho em adução. Uma oclusão alternada pode ser considerada quando alterações motoras bilaterais por reequilíbrio muscular podendo a situação evoluir para estrabismo paralítico (Curi, Costa, Barroso, 2013).

No âmbito da avaliação da deglutição, incidiu-se e observou-se o seguinte:

1. Aparentemente pelo discurso orientado em todas as vertentes da pessoa, antes do acontecimento que originou o internamento, mantinha uma alimentação diversificada, não referindo qualquer restrição. Aparentemente (não sendo possível pesar de forma rigorosa), índice de massa corporal aproximadamente de 31,3, referente a uma obesidade de grau I.
2. Encontrava-se consciente, mantinha conversa e estado de vigília por mais de 15 minutos. Orientada auto e alo psiquicamente, fornecendo informação relevante e

aparentemente coincidente com informação em diário clínico. Com um comportamento adequado à situação, com capacidade de atenção ao discurso e de colaborar. Obedece a ordens, sendo as mesmas compreendidas. Discurso disártrico presente.

**3.** Dificuldade em manter uma posição de sentada no leito adequada. Cabeça, força de grau 3 na lateralização para a direita e esquerda e de grau 2 na flexão e extensão. Elevação e depressão do ombro direito mantida com resistência e sem, mas ausente no ombro esquerdo.

**4.** Mucosa oral e lábios sem alterações, sem dentição incompleta, usa prótese dentária que não tinha no momento.

**5.** Padrão respiratório, toroco-abdominal, com saturação periférica de oxigênio na ordem dos 94-96%, sem aporte de oxigênio. Reflexo de tosse presente e desencadeado a pedido.

**6.** Após pedido para deglutir “em seco” início da deglutição ligeiramente atrasado, cerca de 3/4 segundos, sendo possível sentir movimento laríngeo.

**7.** Os pares cranianos foram avaliados, descritos na tabela anteriormente apresentada.

**8.** Foi posteriormente efetuada a avaliação direta da deglutição pelo seguimento da escala de GUSS (*Gugging Swallowing Screen*) de forma a efetivar o risco de aspiração associado e consequente posição na prática na pessoa face o resultado da escala. Manteve-se um ambiente calmo, com a pessoa em posição de sentada, com material de aspiração em mão, recorrendo-se ao uso de água com espessante na avaliação efetuada. Numa primeira fase da escala (avaliação indireta) face dos itens referidos obteve-se resposta afirmativa para a capacidade em manter a vigília no mínimo de 15 minutos, competência para tossir e “limpar a garganta”, deglutir própria saliva e alterações da voz (hipofonia), quando à presença de sialorreia abundante que provoque o “babar” não foi observado à data, desta forma obteve-se uma pontuação de **quatro**. Posteriormente seguindo para a segunda etapa da escala (avaliação direta) esta inicia pela deglutição e observação de água em consistência pastosa (com recurso a espessantes com consistência tipo pudim), tendo sido fornecida à pessoa cerca de meia colher de chá e observou-se que a deglutição se encontrava atrasada mais de dois segundos, com presença de tosse associada, com saída de pequena quantidade do introduzido (tipo “babar”), sendo que a qualidade da voz se manteve

inalterada, tendo em conta que já se observava alterada por hipofonia. Desta forma, a pontuação da avaliação foi de **dois**, o que não possibilita avançar na avaliação para líquidos, sendo o total das avaliações de **seis**, o que corresponde a uma disfagia severa com risco elevado de aspiração e é então necessário manter apenas alimentação por via de sonda nasogástrica, tendo sido o efetuado (Trapl, Enderle, Nowotny, Teuschl, Matz, Dachenhausen & Brainin, 2007).

Após a avaliação da deglutição e diagnóstico de enfermagem de reabilitação, seria importante a planificação dos cuidados de enfermagem de reabilitação na reeducação da deglutição. Esta implica ações que englobam a colocação/manutenção de sonda nasogástrica, técnicas posturais, técnicas de deglutição compensatórias, estimulação sensorial (modificações do tamanho e consistência do bolo alimentar, sabor, temperatura), exercícios de amplitude de movimentos e fortalecimento muscular, modificações da dieta, higiene oral, Reeducação Funcional Respiratória (RFR) e o ensino da pessoa e/ou família (Braga, 2016; Pauloski, 2008; Glenn-Molali, 2011). Entender-se-ia como necessárias, técnicas de estimulação sensorial como estimulação térmica e tátil da cavidade oral, exercícios dirigidos à musculatura facial e exercícios para melhorar a amplitude de movimentos, a força e resistência muscular, com exercícios dirigidos aos lábios, língua (exercícios de amplitude de movimentos e de controlo do bolo alimentar), mandíbula, bochechas e laringe (uso de voz falsete, manobra de *Mendelson* e exercício de *Shaker*) (Braga, 2016; Pauloski, 2008). Destacam-se como exemplos: (1) Exercícios para aumentar a força dos lábios: Unir e elevar as sobrancelhas, enrugar a testa, fechar olhos com força, sorrir, mostrar os dentes, assobiar, encher a boca de ar e depressão do lábio inferior; (2) Exercícios de aumento da resistência da língua: Lateralizar, protruir e retrain a língua, elevar a língua ao palato duro, “varrer” a língua na direção anterior para posterior, vibrar e empurrar a ponta da língua contra as bochechas; (3) Exercícios para o palato mole: Soprar, sugar e emitir sons como “aaahhh” e “ãããã”; assim como treino e ensino de exercícios de fonação (“tá, pá, cá...”); (4) Técnicas de movimento passivo dos músculos desejados, automassagem e resistir posteriormente quando possível os movimentos, com a pessoa em frente a um espelho de forma a possibilitar uma reeducação neuromuscular assistida pelo *feedback* (Menoita, 2012; Gómez, 2012; Schoene, 2009; Cassar, 2001; Matos, 2011). Também poder-se-ia recorrer a técnicas como a

massagem terapêutica a nível facial e da região cervical para estimular os mecanoreceptores da pele e aliviar pontos de tensão e consequente aplicação de bandas neuromusculares em locais dos músculos da mastigação causando um estímulo propriocetivo da região.

Tendo em conta a situação na sua generalidade seria igualmente necessária a planificação e manutenção de exercícios no leito, até indicação de levantar. Efetuando mobilizações da cabeça e pescoço (flexão/extensão; rotação interna/externa; lateralização esquerda/direita), ombro (flexão/extensão; adução/abdução; rotação interna/externa; elevação/depressão); cotovelo (flexão/extensão); antebraço (supinação/pronação); punho (flexão/extensão; desvio radial/cubital; circundação); dedos (flexão/extensão; adução/abdução; circundação; oponência do polegar); coxofemoral (flexão/extensão; adução/abdução; rotação interna/externa); joelho (flexão/extensão); tibiotársica (flexão/dorsiflexão; eversão/inversão); dedos (flexão/extensão; adução/abdução; circundação). Mobilizações de forma passiva do membro superior esquerdo, ativas assistidas do membro inferior esquerdo em cadeia fechada e ativas resistidas do membro superior direito e inferior direito. Também coadjuvar exercícios isométricos, isotónicos e isocinéticos, o exercício da ponte com ajuda para estabilização, exercícios de oscilação da anca e automobilizações dos membros superiores, para vincular de forma mais adequada posteriormente a posição de sentada e posterior treino de equilíbrio estático e dinâmico sentado.

Mesmo sendo o último dia de estágio, senti que a minha atuação/avaliação seria pertinente mesmo não podendo seguir a situação no restante internamento, permitindo uma continuidade dos cuidados planificados pela equipa de reabilitação do local. Com o conjunto de intervenções efetuadas e passíveis de serem realizadas o objetivo é “promover o diagnóstico precoce e ações preventivas de enfermagem de reabilitação de forma a assegurar a manutenção das capacidades funcionais dos clientes, prevenir complicações e evitar incapacidades, assim como proporcionar intervenções terapêuticas que visam melhorar as funções residuais (...)” com recurso a “técnicas específicas de reabilitação (...)” educando as pessoas e família promovendo o seu bem-estar biopsicossocial e a qualidade de vida (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p.4).

## Referências Bibliográficas

- Braga, R. (2016). Avaliação da função deglutição. In C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 181-188). Loures: Lusodidacta.
- Cassar, M.P. (2001). *Manual de Massagem Terapêutica Um Guia Completo de Massoterapia para o Estudante e para o Terapeuta*. (D. Batista) (1ªed.). São Paulo: Editora Manole. (Tradução do original do inglês Handbook of Massage Therapy, 1999, Oxford: Butterworth-Heinemann).
- Curi, R.L.N., Costa, I.C.B.O. & Barroso, T.G.M. (2013). Paralisia do VI nervo (abducente). *Revista Brasileira de Oftalmologia*. 72(1), 59-69. DOI: 10.1590/S0034-72802013000100014
- Goméz, E.A.R. (2012). Kinesio Taping – Vendaje neuromuscular. História, técnicas y posibles aplicaciones. *Revista de Educación Física*. 1(1), 15-24. Acedido a 14-10-2016. Disponível em: <http://www.chs.com.pt/uploads/artigo-bandas-1.pdf>
- Matos, C. (2011). Paralisia Facial Periférica: O Papel da Medicina Física e de Reabilitação. *Acta Médica Portuguesa*. 24(s4), 907-914. Acedido a 01-12-2016. Disponível em: <http://repositorio.chlc.min-saude.pt/bitstream/10400.17/920/1/AMP%202011%20907.pdf>
- Menoita, E. C. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC*. Loures: Lusociência.
- Regulamento n.º 125/2011 de 18 de Fevereiro (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Diário da República 2.ª série N.º 35.
- Pauloski, B. R. (2008). Rehabilitation of dysphagia following head and neck cancer. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America*, 19(4), 889-928. DOI:10.1016/j.pmr.2008.05.010.
- Schone, L.M. (2009). The Kinesio Taping Method. *Sports Podiatry*. 28(5), 146-156. Acedido a 24-11-2016. Disponível em: [http://drschoene.com/assets/images/forms/The\\_Kinesio@\\_Taping\\_Method.pdf](http://drschoene.com/assets/images/forms/The_Kinesio@_Taping_Method.pdf)
- 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. DOI: 10.1161/STROKEAHA.107.483933

## Apêndice VI – Apresentação em Contexto Hospitalar



# Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Pessoa com Alteração da Deglutição

Fonte: <http://fibromialgiaempt.blogspot.com/2015/05/disfagia-ou-dificuldade-em-engolir.html>

Aluna do 7CMER - ESEL

Cristina Isabel Raposo Domingues nº 6698

Docentes:

Prof.<sup>a</sup> Vanda Pinto Marques

Prof. Ricardo Braga

Orientação em Ensino Clínico:

Enf. Especialista de Enfermagem de Reabilitação [REDACTED]

[REDACTED], Novembro de 2016

Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Pessoa com Alteração da Deglutição

## SUMÁRIO

- ❖ O Projeto
- ❖ Fisiologia da Deglutição
- ❖ Fases da Deglutição
- ❖ Alteração do reflexo de deglutição
- ❖ Intervenção do EEER - Avaliação
- ❖ Intervenção do EEER – Sinais de alerta na avaliação
- ❖ Avaliação: *The Gugging Swallowing Screen - GUSS*
- ❖ Intervenções e estratégias do EEER
- ❖ Situação Clínica

## O Projeto

**Alimentação via oral ou não?**

- ❖ Problemática no meu quotidiano profissional;
- ❖ Dificuldade em tomar a decisão de alimentar via oral;
- ❖ Sentimento de incapacidade em dar resposta e sem meios de apoio/ação;

**Problema geral:** *Como é que o EEER pode intervir na pessoa com alteração da deglutição para promover o autocuidado minimizando complicações?*

3

## O Projeto - Objetivos Gerais

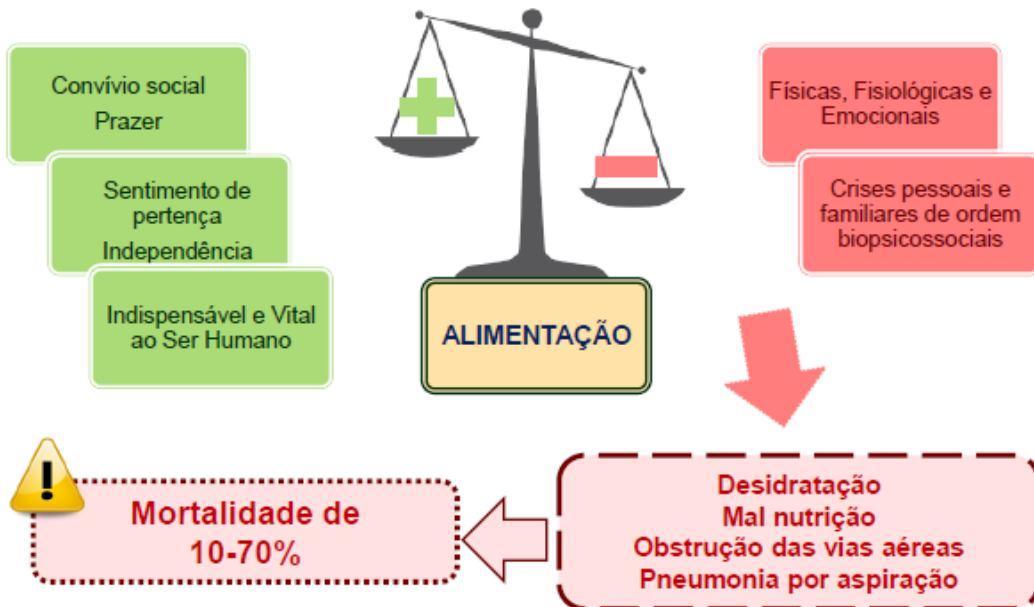
Desenvolver competências como EEER na avaliação e reabilitação da pessoa com alteração da deglutição

Desenvolver competências como EEER intervindo na pessoa com alterações motoras e cardiorrespiratórias com especial ênfase na alteração da deglutição.

Delinearam-se objetivos específicos com base nos Domínios de Competências Comuns do EE e Específicas do EEER.

4

Alteração da deglutição implica um défice no autocuidado alimentação



5

### O Projeto - Epidemiologia

Causas Neurológicas	
AVC	42-67%
TCE	25-71%
Esclerose Múltipla	≈ 90%
ELA	≈ 95%
Parkinson	≈ 95%
Alzheimer	28-32%

Causas Mecânicas	
Tumores da cabeça e pescoço	≈ 50%
Radioterapia/Quimioterapia	≈ 35%
EOT (fase oral)	40-63%
EOT (fase Faringea)	26-90%
Traqueostomia	50-83%

20% aspiração silenciosa



Atinge 16-22% da população acima dos 50 anos e 70-90% da população idosa.

6

## Fisiologia da Deglutição

- ❖ Interligação coordenada no tempo de mecanismos sensoriais e motores.
- ❖ Processo complexo que requer um SNC íntegro e uma sequência coordenada de contrações musculares da cavidade oral, faringe, laringe e esófago, sincronizadas com interrupções dos ciclos respiratórios.

### Cavidade oral

Células mecanoreceptoras da parte anterior da língua e linha média do palato duro são estimuladas pela pressão iniciando-se os movimentos peristálticos da língua.

### Faringe

Músculos facilitam a passagem do bolo alimentar e o músculo cricofaríngeo impede a entrada de ar no esófago e o refluxo do bolo alimentar.

### Laringe

Eleva-se, a epiglote desloca-se na direção inferior e posterior e as cordas vocais são aduzidas para proteger as vias aéreas (nas laterais da epiglote – valéculas - podem-se acumular alimentos antes ou depois reflexo de deglutição);

### Esófago

Dois esfíncteres em cada extremidade (esfíncter esofágico superior-EES e a cárdia);

- ❖ A deglutição é integrada no encéfalo que organiza a atividade sensorial, motora e reflexa de 6 pares cranianos.
- ❖ Tronco cerebral é a área primária da deglutição e o córtex cerebral coopera no início das primeiras fases. Dura cerca de 5 a 10 segundos.

(Hoeman, 2011; HSF O, 2008; Garcia & Coimbra, 2010; Machado, 2004)

## Fisiologia da Deglutição

	Inervação motora (Eferente)	Inervação Sensitiva (Aferente)	Avaliação
V- Trigemino	Músculos mastigação; Palato mole; Ventre anterior do digástrico e músculo Milo hióideo.	Maxilares, dentes e gengiva; Sensibilidade dos 2/3 anteriores da língua; Forma e textura dos alimentos; Posição da Mandíbula.	Cerrar os dentes; Mastigar e mover o maxilar inferior para ambos os lados com resistência da mão do enfermeiro; Avaliar a sensibilidade da face (3 níveis);
VII- Facial	Controle muscular dos lábios e músculos da expressão facial.	Paladar nos 2/3 anteriores da língua.	Observar a simetria da face; Cerrar os dentes; Pedir para sorrir; Elevar as sobrancelhas; Franzir a testa; Assobiar e soprar; Identificar sabores doces, amargos e salgados no 2/3 anterior da língua;
IX- Glossofaríngeo	Glândula salivar parótida e glândulas do 1/3 posterior da língua; Músculo faríngeo (estilofaríngeo).	Sensibilidade e paladar do 1/3 posterior da língua e sensitiva da faringe.	Pedir para fazer "ah" em que a úvula e o palato mole devem elevar-se, sendo que a úvula desvia para o lado não afetado; Paladar 1/3 posterior da língua;
X- Vago	Palato mole, faringe, músculos intrínsecos da laringe e palatoglosso.	Sensitivo para a faringe, laringe e paladar na parte posterior da língua.	Estimular a úvula para averiguar o reflexo de vômito;
XI - Espinhal	Palato mole, faringe, esternocleidomastóideo e trapézio.		Elevar os ombros sem e contra resistência da mão do enfermeiro; Lateralizar a cabeça com e sem resistência da mão do enfermeiro;
XII- Hipoglosso	Músculos intrínsecos e extrínsecos da língua (estiloglosso; hipoglosso; genioglosso). Músculos tiro-hióideo e genio-hióideo.		Pedir para mover a língua para ambos os lados e de dentro para fora.

(Hoeman, 2011; Merolla, 2012; Reiser, Hickey & Knauth, 2012; Seely, 2005)

## Fases da Deglutição

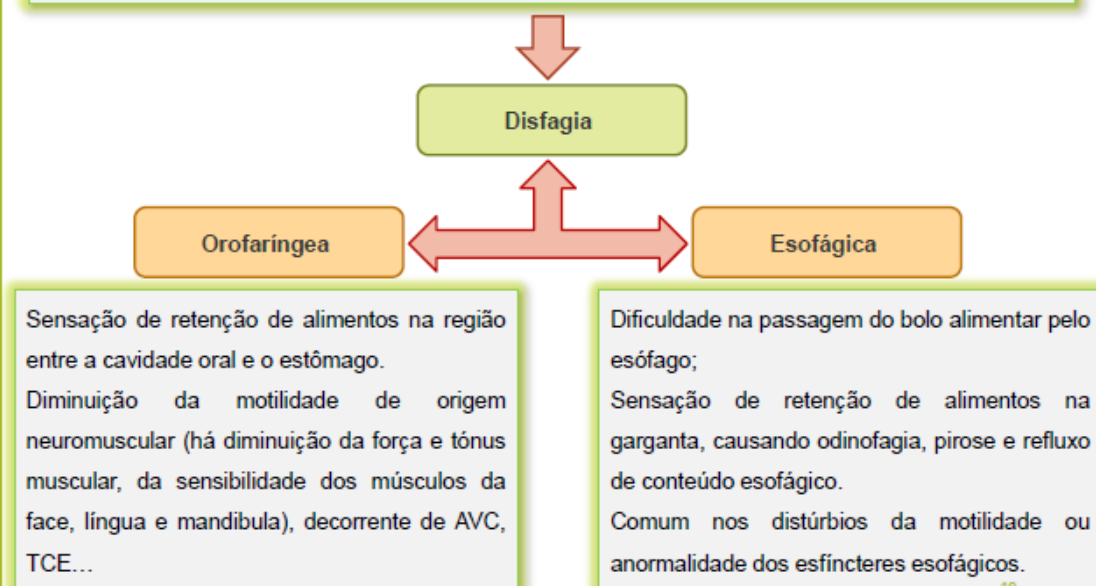
Fase Oral Preparatória	Fase Oral	Fase Faríngea	Fase Esofágica
Voluntária	Voluntária	Reflexa	Contrações peristálticas permitem a deslocação do bolo alimentar.
Ocorre na cavidade oral	Passagem do bolo alimentar da cavidade oral para a faringe	Dura cerca de 2 segundos	Fase de 8 a 20 segundos
Lábios (fechados) para a mastigação	Elevação da língua (antero-posterior)	Elevação do palato mole e encerramento da faringe	Desde o EES até à cárdia.
Transmissão do sabor, temperatura e textura para a secreção de saliva	Dura cerca de 1 segundo	Elevação das paredes laterais da faringe movendo-se anterior.	Pares Cranianos: X.
Formação bolo alimentar	Pares Cranianos: V; VII; XII.	Encerramento da epiglote	
Vias aéreas abertas		Cordas vocais fecham	
		Elevação da faringe e músculo cricofaríngeo relaxa	
		Pares Cranianos: V; VI; X; XII.	

9

(Herman, 2011; HSFO, 2008; Garcia & Chambers, 2010; Meehan, 2004)

## Alteração do reflexo de deglutição

Dificuldade em movimentar os alimentos desde os lábios até ao estômago sem que penetrem nas vias aéreas por compromisso de qualquer fase da deglutição.



10

(Santoro et al., 2011; Chin, Finocchiaro & Rosebrough, 1998; Groher & Crary, 2016; Garcia & Chambers, 2010; Menola, 2012; World Gastroenterology Organization – WGO, 2014; WGO, 2014; HSFO, 2008)

## Alteração da deglutição: Maior prevalência na pessoa com AVC

Tronco cerebral bulbar	Tronco cerebral na protuberância	Substância branca subcortical	Cortical, no hemisfério esquerdo	Cortical, hemisfério direito
Disfagia grave. Ausência do reflexo faríngeo e quando reaparece (duas semanas) apresenta um atraso de 10 a 15 segundos;	Atraso ou ausência do reflexo faríngeo com paralisia e espasticidade;	Atraso de 3 a 5 segundos na fase oral e demora no reflexo faríngeo;	Disfagia de ligeira a severa, com dificuldade em iniciar a fase oral mas fase faríngea normal;	Atraso na fase oral de 2 a 3 segundos e no início do reflexo de 3 a 5 segundos, com atraso da elevação laringea;

11

(Hoeman, 2011; Victoriano & Bevilacqua, 2009).

## Alteração da deglutição, complicações

Desidratação, malnutrição e aspiração, causando pneumonia de aspiração. Observam-se três tipos de aspiração consoante a fase em causa:

Prévia ao reflexo de deglutição	Durante o reflexo de deglutição	Depois do reflexo de deglutição	Aspiração silenciosa
Bolo alimentar entra na faringe antes de se desencadear o reflexo pelo seu atraso e controlo reduzido da língua;	Reduzido encerramento laríngeo por parésia unilateral ou bilateral das cordas vocais (EOT prolongada) ;	Presença de resíduos na faringe que pela ação da gravidade alcançam a via aérea;	Implica a entrada de conteúdo alimentar nas vias aéreas sem que a pessoa demonstre sinais clínicos, observando-se em cerca de 28-38% das pessoas com AVC ;

12

(HSFO, 2008; Victoriano & Bevilacqua, 2009 )

## Alteração da deglutição – Sinais

Gerais
Difícil gestão de secreções e saliva na cavidade oral (confusão com sialorreia)
Reflexo de tosse reduzido ou ausente;
Mudanças na qualidade da voz (voz nasalada, "molhada")
Difícil encerramento labial
Alterações da língua (desvio, descoordenação, hipotonia, movimentos excessivos)
Tentativas de "limpar" a garganta
Alteração do padrão respiratório
Cianose
Lacrimação e "caretas"
Regurgitação nasal
Dessaturação associada à alimentação
Infeções respiratórias recorrentes

13

Januário, J.C. (2012); The Joanna Briggs Institute. (2005); HSFO,2006; Menola, 2012; WGO,2014;Victoriano & Bevilacqua, 2009.

## Intervenção do EEER - Avaliação

- ❖ Essencial nas disfagias orofaríngeas para melhorar o tônus muscular, a função das partes moles. Estimulando as vias aferentes para um reflexo de deglutição adequado, para uma alimentação eficaz e segura, prevenindo complicações.

### Avaliação preliminar da pessoa/Avaliação Indireta

Estado de consciência, atenção, orientação, cooperação	Número e estado da dentição (2 incisivos e 2 molares opostos)
Controlo da cabeça na posição de sentado	Sensibilidade oral e facial
Presença de reflexo de tosse/tosse voluntária	Simetria interna das estruturas da cavidade oral
Qualidade da voz (pedir para fazer "aahh"); Disartria.	Simetria da face
Presença de sialorreia	Avaliação dos pares cranianos
Lábios (cor, hidratação e simetria); Capacidade para fecha-los firmemente e abrir a boca	Higiene oral
Estado da mucosa oral	Auscultação cervical e pulmonar (antes)

14

Hoeman, 2011; Ji, 2000; Januário, 2012;Menola, 2012; Mandysova, Skvrňáková, Etlér & Černý (2011); Westergren (2006); Chicharo, Heaton & Bessel (2009); Takata, Tsutsumi, Baba, Nagata & Yonekura (2011); Di Pedro, Martovani, Del Falco & Massaro (2016).

## Intervenção do EEER - Avaliação

### Avaliação direta da disfagia com água

Observar a pessoa a deglutir água.

Não há consenso na literatura na quantidade, consistência e número de vezes a oferecer à pessoa para observá-la a deglutir.

Auscultação cervical da deglutição (durante)

Auscultação pulmonar (após)

#### Na prática:

10 ml de água três vezes (observamos a pessoa)

Cerca de 50ml água por um copo (observamos a pessoa)

Início de dieta de consistência pastosa.

45

Roemen, 2011; IBI, 2000; Januário, 2012; Menzies, 2012; Mendysova, Skvrňáková, Elter & Cerný (2011); Westgren (2006); Chichero, Heaton & Bassett (2009); Takata, Tsuburumi, Baba, Nagata & Yonekura (2011); Di Pedro, Martovari, Del Felice & Masiero (2016); Norma de Procedimento – HGO (Dieta e Técnicas de alimentação em função do grau de disfagia).

## Avaliação: *The Gugging Swallowing Screen - GUSS*

- ❖ Escala utilizada com o intuito de reduzir o risco de aspiração durante o teste de deglutição ao mínimo, sendo de fácil uso e válido na avaliação desse risco, com 100% de sensibilidade. Recomenda uma dieta face o resultado.

### PARTE I (Avaliação preliminar)

Vigília (15 minutos)

Tosse voluntária

"Limpeza" da garganta

Deglutição da saliva

### PARTE II (Avaliação direta da deglutição)

#### 1. Deglutição de consistências semissólidas (pastoso)

Água em consistência pudim e oferece-se até meia colher de chá, seguida de mais 5. Observação da pessoa (reflexo de deglutição, tosse, baba, alteração da voz);

#### 2. Deglutição de consistências líquidas

Inicia-se com 3 ml de água numa taça/seringa, observando a pessoa; Deglutição mantida aumenta-se as quantidades para 5, 10, 20 ml. Sendo no final a quantidade de 50ml por um copo.

#### 3. Deglutição de consistências sólidas

Pequena quantidade de pão seco uma vez, sendo repetido por 5 vezes, tendo como limite temporal para a deglutição 10 segundos.

46

Trapl, Enderle, Nowotny, Teuschl, Melz, Dachenhausen & Braun (2007)

### The Gugging Swallowing Screen - GUSS

#### 1. Preliminary Investigation / Indirect Swallowing Test

	YES	NO
<b>VIGILANCE</b> <i>(The patient must be alert for at least 15 minutes)</i>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
<b>COUGH and/or THROAT CLEARING</b> <i>(Voluntary cough: Patient should cough or clear his or her throat twice)</i>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
<b>SALIVA SWALLOW</b> • <b>SWALLOWING SUCCESSFUL</b>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
• <b>Drooling</b> <i>(Herausströme von Speichel aus dem Mund)</i>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
• <b>VOICE CHANGE</b> <i>(Hoarse, gurgly, creaked, weak, choke on own saliva)</i>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
<b>SUM:</b>	(5)	
	1-4 = Investigate further <sup>1</sup> 5 = Continue with „Direct Swallowing Test“ <sup>2</sup>	

#### 2. Direct Swallowing Test

*(Material: Aqua bi flat teaspoon, food thickener, bread)*

**In the following order:**

	1 → SEMISOLID*	2 → LIQUID**	3 → SOLID ***
<b>DEGLUTITION:</b>			
• Swallowing not possible	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
• Swallowing delayed <i>(&gt; 2 sec.) (Solid textures &gt; 10 sec.)</i>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
• Swallowing successful	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
<b>COUGH (involuntary):</b> <i>(Before, during or after swallowing – until 2 minutes later)</i>			
• Yes:	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
• No	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
<b>DROOLING:</b>			
• Yes	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
• No	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
<b>VOICE CHANGE:</b> <i>(Before test he voice before and after swallowing: patient should speak „OH“)</i>			
• Yes	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
• No	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
<b>SUM:</b>	(5)	(5)	(5)
	1-4 = Investigate further <sup>3</sup> 5 = Continue „LIQUID“	1-4 = Investigate further <sup>3</sup> 5 = Continue „SOLID“	1-4 = Investigate further <sup>3</sup> 5 = NORMAL

17

### The Gugging Swallowing Screen - GUSS

#### Instruction „Direct Swallowing Test“

- \* First administer ½ - 1/2 teaspoon Aqua bi with food thickener (pudding-like consistency). If there are no symptoms apply 3 to 5 teaspoons. Assess after the 5<sup>th</sup> spoonful.
- \*\* 3, 5, 10, 20 ml Aqua bi – if there are no symptoms continue with 50 ml Aqua bi (Daniels et al. 2000; Gottlieb et al. 1996) Assess and stop the investigation when one of the criteria is observed.
- \*\*\* Clinical: Dry bread ; FEES: Dry bread which is dipped in coloured liquid.
- <sup>2</sup> Use functional investigation such as Videofluoroscopic Evaluation of Swallowing (VFES) , Fiberoptic Endoscopic Evaluation of Swallowing (FEES)

#### SUMMARY

<b>Sum „Indirect Swallowing Test“:</b>	<b>( 5 )</b>
<b>Sum „Direct Swallowing Test“:</b>	<b>( 15 )</b>
<b>Sum TOTAL:</b>	<b>( 20 )</b>

RESULTS	SEVERITY CODE	RECOMMENDATIONS
20 Semisolid / liquid and solid textures successful	Slight / No dysphagia Minimal risk of aspiration	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Normal diet</li> <li>• Regular liquids</li> <li>• First time under supervision of the SLT or a trained stroke nurse !</li> </ul>
15-19 Semisolid and liquid texture successful and solid unsuccessful	Slight dysphagia with a low risk of aspiration	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dysphagia diet (pureed and soft food)</li> <li>• Liquids very slowly – one sip at a time</li> <li>• Functional swallowing assessments such as Fiberoptic Endoscopic Evaluation of Swallowing (FEES) or Videofluoroscopic Evaluation of Swallowing (VFES)</li> <li>• Refer to Speech and Language Therapist (SLT)</li> </ul>
10-14 Semisolid swallow successful and liquids unsuccessful	Moderate dysphagia with a risk of aspiration	Dysphagia diet beginning with: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Semisolid textures such as baby food and additional perenteral feeding</li> <li>• All liquids must be thickened!</li> <li>• Pills must be crushed and mixed with thick liquid</li> <li>• No liquid medication!</li> <li>• Further functional swallowing assessments (FEES, VFES)</li> <li>• Refer to Speech and Language Therapist (SLT)</li> </ul> Supplementation with nasogastric tube or parenteral
0-9 Preliminary investigation unsuccessful or semisolid swallow unsuccessful	Severe dysphagia with a high risk of aspiration	<ul style="list-style-type: none"> <li>• NPO (non per os = nothing by mouth)</li> <li>• Further functional swallowing assessments (FEES, VFES)</li> <li>• Refer to Speech and Language Therapist (SLT)</li> </ul> Supplementation with nasogastric tube or parenteral

18

## Intervenção do EEER – Sinais de alerta na avaliação

Durante alimentação	Após alimentação
Atraso no reflexo de deglutição (mais de 5 segundos)	Qualidade da voz tipo "molhada"
Deglutição descoordenada ou repetitiva	Fadiga
Mastigação descoordenada	Alteração do padrão respiratório
Presença de conteúdo alimentar nas bochechas	Tosse/espirros
Regurgitação nasal	Observação de conteúdo alimentar nas bochechas
Aumento do tempo da refeição	
Tosse/ espirros	

## Intervenções e estratégias do EEER

- ❖ Dar ou supervisionar as refeições;
- ❖ Cuidados de higiene oral;
- ❖ Estimulação peri-oral (estimulação térmica e tátil, massagens e exercícios passivos e de fortalecimento do tônus e melhoria da mobilidade);
- ❖ Estimulação intra-oral, com exercícios de resistência muscular (aumento da resistência da língua e exercícios para o palato mole);
- ❖ Reeducação dos músculos faciais (aumentar força dos lábios);
- ❖ Exercícios de controlo do bolo alimentar;
- ❖ Exercícios de mobilidade laringea;
- ❖ Observação da cavidade oral após a alimentação;

## Intervenções e estratégias do EEER

### ❖ Manobras posturais

#### #Flexão da cabeça

Aumenta o espaço valecular e estreita as vias aéreas protegendo-as (no compromisso da fase faríngea e movimento diminuído da base da língua).

#### #Hiperextensão da cabeça

Facilita a drenagem gravitacional do alimento em direção à faringe (no comprometimento da fase oral).

#### #Inclinação lateral da cabeça para o lado não afetado e Rotação lateral da cabeça para o lado afetado

Através do efeito da gravidade o bolo alimentar é conduzido na direção que se pretende, quando há enfraquecimento unilateral oral ou faríngea.

### ❖ Manobras compensatórias da via aérea

Mendelson, Deglutição supraglótica, Masuko, Shaker.

21

## Intervenções e estratégias do EEER

### ❖ Mudança de consistência da dieta (uso de espessantes);

- Consistência Xarope
- Consistência Creme
- Consistência Pudim

### ❖ Atenção a alimentos com duas consistências, leite e derivados, arroz e palhinhas (implica grande capacidade da musculatura da cavidade oral);

### ❖ Uso de produtos de apoio e ensinos e avaliação dos mesmos à pessoa e/ou família

Correto posicionamento e alinhamento e membro superior afetado sobre a mesa;

Sinais e sintomas de disfagia;

Agir em caso de engasgamento;

Incentivar uso da mão menos afetada na alimentação e caso possível a mão mais afetada;

Uso de copos, chávenas, pratos ou talheres adaptados para facilitar a apreensão e o corte dos alimentos;

22

## Intervenções e estratégias do EEER

### HIGIENE ORAL

Implica a limpeza dos dentes/dentaduras; dentaduras bem adaptadas; mucosa oral e lábios hidratadas, reduzindo assim nas dificuldades da deglutição/alimentação;

Uma higiene oral deficiente afeta a capacidade da pessoa em mastigar, deglutir e de digerir a comida (conduzindo à malnutrição, perda de peso e desidratação);

Objetivo é manter a cavidade oral confortável, limpa e húmida, sem risco de infeções;

Requer-se a limpeza da mucosa oral na sua totalidade, língua, dentes e sulcos entre as gengivas e bochechas;

- ❖ A frequência deve ser definida pelo conforto e cavidade oral da pessoa, no entanto, recomenda-se que seja realizada a cada 2-6 horas ou, no mínimo, 2-3 vezes por dia.

23

(HFSO, 2005; Goss, 2010)

## Situação Clínica

- ❖ ♀ 46 anos
- ❖ Diagnóstico: HSA por rutura de aneurisma da ACM direita.
- ❖ Traqueostomizada
- ❖ Alimentação entérica por sonda nasogástrica.

Avaliação indireta da disfagia  
(Pares cranianos):

V - Trigemínio	VII- Facial	IX – Glossofaríngeo	X – Vago	XI – Espinhal	XII – Hipoglosso
Mantido	Desvio da comissura labial para a direita; Dificuldade em manter a saliva na cavidade oral; Reconhece sabores nos 2/3 anteriores da língua;	Reconhece sabores no 1/3 posterior da língua; Elevação da úvula e palato mole;	Tem reflexo de vômito	Não mantém o alinhamento correto da cabeça (lateralização para a direita) e a cabeça erguida; Há diminuição do tónus e força muscular do ETC e trapézio; Não eleva o ombro esquerdo com dor local;	Movimentos da língua de protusão, retração e lateralização mas diminuídos

**OBJETIVO:** Ensinar e treinar com a pessoa exercícios para aumentar a resistência muscular, de forma a melhorar o tónus muscular e a funcionalidade das estruturas envolvidas no processo de deglutição.

24

## Situação Clínica

❖ **Primeiro contato 2/10/2016**

❖ **3/10/2016**

ECG 13/14

Iniciou treino da musculatura facial e cavidade oral. Dificil controlo da saliva na cavidade oral, com reflexo de deglutição diminuído;

❖ **9/10/2016**

Valor de 7/8 pela escala numérica da dor na região cervical, realizada MT e aplicação de BNM para correção postural, aumento do tónus muscular e alívio da dor (redução no final do turno para 4/5). Manteve treino e ensinios dos músculos faciais e da cavidade oral.

❖ **10/10/2016**

Teste da deglutição (Norma de procedimento do serviço de Neurocirurgia), com deglutição normal, sem gotejo pela boca, com movimento laríngeo presente, sem tosse e sem estridor na deglutição. Iniciou dieta pastosa.

## Situação Clínica

❖ **12/10/2016**

Mantém treino e ensinios da musculatura facial, músculos da mastigação e cavidade oral. Deglute líquidos e pastosos.

Realizada MT na região cervical, com aplicação de BNM para manter a promoção da correção postural, aumento do tónus muscular e alívio da dor (valores na ordem dos 4/5 na escala numérica da dor);

❖ **17/10/2016**

Alta clínica, alimentação oral com bom aporte nutricional, dificuldades na mastigação de consistências sólidas.

Correção postural adequada e com alinhamento corporal.

Não tem rotação tendenciosa da cabeça para a direita;

Não tem dor na região cervical.

Incentivada a execução dos exercícios ensinados.

❖ Regressou ao serviço posteriormente melhorada e mantém alimentação com todas as consistências, sem dificuldades.

## Referências Bibliográficas

<http://femandomilinas.blogspot.ch/>

- Cardoso, A., Rainho, J., Quitério, P., Cruz, V., Magano A. & Castro, M. (2011). Avaliação clínica não-invasiva de disfagia no AVC – Revisão sistemática. *Revista de Enfermagem Referência*, 5, p.125-143. DOI: 10.12707/R11s106.
- Chichero, J.A.Y., Heaton, S. & Basset, L. (2009). Triaging dysphagia: nurse screening for dysphagia in an acute hospital. *Journal of Clinical Nursing*, 18(11), p.1549-1559. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2009.02797.x.
- Chin, P. A., Finocchiaro, D. & Rosebrough, A. (1998). *Rehabilitation nursing practice*. McGraw-Hill, Nova Iorque.
- Di Pedro, C., Mantovani, M.E., Del Felice, A. & Masiero, S. (2016). Dysphagia in the elderly: focus on rehabilitation strategies. *Aging Clinical and Experimental Research*, 28(4), p.607-617. DOI: 10.1007/s40520-015-0481-6
- Donovan, N.J., Daniels, S.K., Edmiston, J., Weinhardt, J., Summers, D., & Mitchell, P.H. (2012). Dysphagia screening: state of the art. *American Heart Association*, 44 (4), p.924-930. DOI: 10.1161/STR.0b013e3182877f57
- Ebihara, T., et al. (2006). A randomized trial of olfactory stimulation using black pepper oil in older people with swallowing dysfunction. *The American Geriatrics Society*, 54(9), p.1401-1406. DOI: 10.1111/j.1532-5415.2006.00840.x
- Garcia, J. & Chambers, E. (2010). Managing dysphagia through diet modifications. *American Journal of Nursing*, 110 (11), p.26-33. DOI: 10.1097/01.NAJ.0000390519.83887.02.
- Groher, M.E., & Crany, M.A. (2016). *Dysphagia: clinical Management in adults and children*. 2nd ed. Missouri: Elsevier. Acedido 20-05-2016. Disponível em: [https://books.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=qPBwCgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=Dysphagia:+Clinical+Management+in+Adults+and+Children+books&ots=Xq12OPVGV&sig=DSu6-WD11XSx202Mg9gUTZP5q98&redir\\_esc=y#v=onepage&q=Dysphagia%20Clinical%20Management%20in%20Adults%20and%20Children%20books&f=false](https://books.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=qPBwCgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=Dysphagia:+Clinical+Management+in+Adults+and+Children+books&ots=Xq12OPVGV&sig=DSu6-WD11XSx202Mg9gUTZP5q98&redir_esc=y#v=onepage&q=Dysphagia%20Clinical%20Management%20in%20Adults%20and%20Children%20books&f=false)
- Heart and Stroke Foundation of Ontario (2006). *Management of dysphagia in acute stroke: An educational manual for dysphagia screening professional*. Toronto. Acedido a 20/04/2016. Disponível em: [http://www.heartandstroke.on.ca/att/cf/97833C6FA68-B568-4760-ABC6-D85B2D02EE7197D/Dysphagia\\_Manual\\_FINAL\\_20060123.pdf](http://www.heartandstroke.on.ca/att/cf/97833C6FA68-B568-4760-ABC6-D85B2D02EE7197D/Dysphagia_Manual_FINAL_20060123.pdf)
- Hines, S., Wallace, K., Crowe, L., Finlayson, K., Chang, A. & Pattie, M. (2010). Identification and nursing management of dysphagia in individuals with acute neurological impairment (update). *The Joanna Briggs Institute Library of Systematic Reviews*, 8(6), p.255-301.
- Hoeman, S.P. (2000). *Enfermagem de reabilitação: Aplicação e processo* (M. L. Abecassis, F. A. Silva, M. A. Madeira, M. C. Durão, M. T. Leal, Trad.). (1ª ed.). Loures: Lusociência. (Tradução do original do inglês *Rehabilitation nursing - Process and application*, 2nd ed, 1996, New Jersey: Mosby).
- Hoeman, S.P. (2011) *Enfermagem de reabilitação-Prevenção, intervenção e resultados esperados*. (C. Saraiva, J. M. S. B. Mertens, L. Abecassis, M. Abecassis, M. O. Sousa, A. P. R. P. Negrão, M. J. F. Pinheiro, R. Azevedo) (4ª ed.). Loures: Lusodidacta. (Tradução do original do inglês *Rehabilitation nursing- Prevention, intervention & outcomes*, 4nd ed., 2008, New Jersey: Mosby)
- Januário, J.C. (2012). *Tratado da capacidade de autocuidado centrado na deglutição*. In: P.J.P Queirós. *Enfermagem de Nightingale aos dias de hoje 100 anos* (p.303-319). Braga: Candelas Artes Gráficas.
- Juan, J., Hind, J., Jones, C., McCulloch, T., Gangnon, R. & Robbins, J. (2013). Case study: Application of isometric progressive resistance oropharyngeal therapy using the Madison oral strengthening therapeutic device. *Top Stroke Rehabilitation*, 20(5), p.1-30. DOI: 10.1310/tsr2005-450
- Koldou, I., Kolias, N., Sdravou, K. & Groulos, G. (2013). Dysphagia: A short review of the current state. *Educational Gerontology*, 39(11), p.812-827. DOI: 10.1080/03601277.2013.766518
- Mandysova, P., Skvmáková, J., Ehler, E. & Cemý, M. (2011). Development of the brief bedside dysphagia screening test in the czech republic. *Nursing and Health Sciences*, 13(4), p.388-395. DOI: 10.1111/j.1442-2018.2011.00630.x
- Marchezan, I.Q. (2004). *Deglutição - Normalidade*. In: A.M. Furkim & C.S. Santini. *Disfagias Orofaríngeas* (p.3-18). Acedido 25-05-2016. Disponível em: <http://cefac.br/library/artigos/dcc276f59e3b4e861958ce123232880.pdf>
- Matsuo, K. & Palmer, J. (2009). Anatomy and physiology of feeding and swallowing-Normal and abnormal. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America*, 19 (4), p.691-707. DOI: 10.1016/j.pmr.2008.06.001
- Medin, J., Windahl, J., Arbin, M., Tham, K., & Wredling, R. (2011). Eating difficulties among patients 3 months after stroke in relation to the acute phase. *Journal of Advanced Nursing*, 68 (3), p.580-589. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2011.05759.x

## Referências Bibliográficas

- Medeiros, G.C. (2012). *Disfagia Orofaríngea em pacientes submetidos à intubação orotraqueal prolongada em UTI*. Faculdade de Medicina d Universidade de São Paulo. Dissertação de Mestrado. São Paulo, Brasil. Acedido 30-04-2016. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5161/tde-09012013-1165010/pt-br.php>
- Menoia, E. C. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC*. Loures: Lusociência.
- Reiser, M.F., Hricak, H., Knauth, M. (2012). *Dysphagia: Diagnosis and treatment*. Berlin: Springer.
- Santoro, P.P., et al. (2011). Otolaryngology and speech therapy evaluation in the assessment of oropharyngeal dysphagia: A combined protocol proposal. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, 77(2), p.201-213 DOI: 10.1590/S1808-86942011000200010
- Sealey, R.R., Stephens, T.D. & Tate, P. (2005). *Anatomia & fisiologia* (M.T. Leal, M.C. Durão, L. Abecassis) (6ª ed.). Loures: Lusociência. (Tradução do original do inglês *Anatomy & physiology*, 2003, Columbus: McGraw-Hill)
- Silva, R.G. (2007). A eficácia da reabilitação em disfagia orofaríngea. *Pró-Fono Revista de atualização Científica*, 19(1), p.123-130. DOI: 10.1590/S0104-56872007000100014
- Soares, A. (2011). *Disfagia: avaliação e reabilitação*. *Jornal Médico*. Hospital São João do Porto. Acedido 05-05-2016. Disponível em: <http://www.justnews.pt/artigos/disfagia-avaliacao-e-reabilitacao/#.VzhYkfrLIU>
- Takahata, H., Tsutsumi, K., Baba, H., Nagata, I. & Yonekura, M. (2011). Early intervention to promote oral feeding in patients with intracerebral hemorrhage: A retrospective cohort study. *BioMed Central Neurology*, 11(6), p.1-7. DOI: 10.1186/1471-2377-11-6
- The Joanna Briggs Institute. (2000). Identification and nursing management of dysphagia in adults with neurological impairment. *The Joanna Briggs Institute*, 4(2), p.1-6. Acedido 30-06-2016. Disponível em: <http://connect.jbiconnectplus.org/viewsourcefile.aspx?014313>
- Victoriano, R.G. & Bevilacqua, J.A. (2009). Disfagia en el paciente neurológico. *Revista Hospital Clínico Universidad de Chile*, 20, p.252-262. Acedido 01-07-2016. Disponível em: <https://www.redclinica.cl/Portals/0/Users/014/14/14/Publicaciones/Revista/disfagia.pdf>
- Westergren, A., Ohlsson, O. & Hallberg, I.R. (2001). Eating difficulties, complications and nursing interventions during a period of three months after a stroke. *Journal of Advanced Nursing*, 35(3), p.418-426. DOI: 10.1046/j.1365-2648.2001.01884.x
- Westergren, A. (2006). Detection of eating difficulties after stroke: A systematic review. *International Nursing Review*, 53(2), p.143-149. DOI: 10.1111/j.1466-7657.2006.00460.x
- World Gastroenterology Organization. (2014). *World gastroenterology organization practice guidelines dysphagia*. Acedido a 20-04-2016. Disponível em: <http://www.worldgastroenterology.org/UserFiles/file/guidelines/dysphagia-portuguese-2014.pdf>
- Zhan, Y., Wang, J., Tao, D., Wang, H. & Chen, W. (2012). Efficacy survey of swallowing function and quality of life in response to therapeutic intervention following rehabilitation treatment in dysphagic tongue cancer patients. *European Journal of Oncology Nursing*, 16(1), p.54-58. DOI: 10.1016/j.ejon.2011.03.002
- Gomes, A.E. (2010). Higiene da cavidade oral - implicações e procedimentos. *Nursing*, 254. Acedido a 21/10/2016. Disponível em: <http://www.forumenfermagem.org/dossier-tecnico/Item/554-higiene-da-cavidade-oral-implicacoes-e-procedimentos#.WBtx12LTIU>
- <http://paralisiafacialperiferica.webnode.pt/album/galeria-de-fotos/mimica-facial-semio-jpg/>

## Apêndice VII – Plano de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação II

## Plano de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação II

### 1. Identificação

<b>Nome</b>	E.R.M.P.	<b>Sexo</b>	Feminino
<b>Data Admissão na ECCI</b>	09-12-2016		
<b>Motivo de Internamento</b>	Neoplasia maligna do pulmão direito e duas lesões ocupantes espaço intra-axiais do hemisfério cerebral direito. Incentivo/melhoria da autonomia nas atividades de vida diárias (AVD); Controlo e gestão de sintomas e regime terapêutico; Reabilitação motora, Apoio à situação de doença atual à pessoa e família.		

### 2. Avaliação Inicial

<b>Estado de Consciência</b>	Consciente e Orientada no tempo espaço e pessoa (auto e alo psiquicamente).				
<b>Peso</b>	51kg	<b>Altura</b>	1,54m	<b>IMC</b>	21,51
<b>Sinais Vitais</b>	<b>Pulso</b>	79bpm			
	<b>TA</b>	125/78mmhg			
	<b>FR</b>	16-18 cpm, eupneica em repouso.			
	<b>Dor</b>	Dor oscilante valores de 2 na escala numérica da dor com períodos de exacerbação de valores de 8 com necessidade de medicação em SOS.			

#### 2.1. Fatores condicionantes básicos

<b>Idade</b>	57 anos
<b>Raça</b>	Caucasiana
<b>Nacionalidade</b>	Portuguesa
<b>Escolaridade</b>	12º ano.
<b>Situação Laboral</b>	Reformada atualmente derivado à sua situação de saúde. Trabalhou até Setembro de 2016 como guia turística na cidade de Lisboa e também como cuidadora de crianças.
<b>Agregado Familiar</b>	Vive com o marido de 74 anos reformado e filha de 30 anos estudante universitária.
<b>Cuidador</b>	Marido e a filha também colabora quando em casa.
<b>Condições Habitacionais</b>	1º andar sem elevador. Divisões amplas, contudo, com muitos obstáculos, móveis dispersos com pouco espaço de circulação.

<b>Hábitos Diários</b>	<b>Vida</b>	Tinha uma vida ativa na medida que sempre trabalhou em Lisboa como guia turística até Setembro de 2016, andava grandes distâncias a pé. Era a responsável em casa pela organização do lar.
<b>Serviços/Produtos de apoio</b>		Sem serviços de apoio. Produtos: Andarilho.

## 2.2. Requisitos de autocuidado no desvio de saúde

<b>Antecedentes pessoais:</b>	Neoplasia maligna do pulmão direito (carcinoma pleomórfico interrogado), com internamento recente em pneumologia no início do mês de outubro onde foi feito o diagnóstico); Duas lesões ocupantes espaço (LOE) intra-axiais do hemisfério cerebral direito (prováveis metástases); Fumadora desde os 24 anos (33 UMA); HTA; Eczema atópico; Doença pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) tabágica;
<b>Alergias:</b>	Sem alergias conhecidas.
<b>Terapêutica Habitual:</b>	Antes da situação de doença: Lisinopril 20mg; Kestine 10mg 2x/dia. Atualmente: Esomeprazol 20 1x/dia; Lisinopril 20mg 1x/dia; Carvedilol 6,25mg 2x/dia; Levetiracetam 1000mg 2x/dia; Acido Fólico 1x/dia; Fluimucil 600mg1x/dia; Trazadona 100 1/2 1x/dia ao deitar; Mirtazapina 15mg 1x/dia; Leite de magnésia 3x/dia; Dulcolax 1x/dia; Cefuroxima 500mg 2x/dia durante 8 dias; Fentanil 12mcg TD; Oromorph gotas 4-6 gotas em SOS; Dexametazona 2x/dia.

### 2.3.Requisitos de autocuidado de desenvolvimento

<b>História Doença Atual</b>	Recorreu ao serviço de urgência do Hospital [REDACTED] no final do mês de outubro por cefaleias frontoparietal pulsátil com 18 horas de evolução associada a náuseas, sono, fotofobia. Realizou Tomografia axial computadorizada (TAC) de crânio que revelou hemorragia intracerebral temporo-occipital direita de volume moderado com pouco efeito de massa, observando-se também na região inferior ao hematoma uma lesão arredondada e outra lesão hiperdensa de menores dimensões na substância branca frontal direita, suspeitando-se de lesões neoplásicas metastáticas. Após observação pela neurocirurgia concluem que não vão intervir cirurgicamente, por não apresentar benefícios em termos funcionais e de sobrevida, apenas sugerem internamento para controlo tensional caso necessário e estudo das lesões por ressonância magnética. Iniciou corticoterapia e medicação anti convulsivante. Foi referenciada para tratamento do tumor por radiocirurgia que realizou a 17/11/2016. Desenvolveu quadro de hemiparésia do hemicorpo esquerdo e parésia facial central esquerda. Tem indicação para quimioterapia sistémica que irá iniciar 2 semanas após o tratamento de radioterapia. Atualmente já realizou dois ciclos de quimioterapia.
------------------------------	---

Atualmente encontra-se em casa, sendo as divisões onde permanece por mias tempo a sala e o quarto, onde vê televisão, nomeadamente filmes. Normalmente, à altura da visita encontra-se na cozinha a tomar o pequeno-almoço. Não consegue executar tarefas domésticas pelas quais antes era a única responsável. As mesmas foram delegadas ao marido, filha e cunhada. Não tem apoio domiciliário, apenas recorre a serviço para passar a roupa a ferro.

## 2.4. Requisitos de autocuidado Universais

Requisito	Padrão Anterior	Padrão Atual	Diagnóstico/ Sistema de Enfermagem
<b>Manutenção de inspiração de ar suficiente</b>	Eupneica (segundo a pessoa).	Eupneica, respiração toroco-abdominal semi-profunda. Apresentou ligeira alteração com episódio de tosse com alguma expectoração num período de duas semanas, tendo realizado antibioterapia.	Défice de autocuidado de manutenção de inspiração de ar suficiente relacionado com tosse produtiva e presença de secreções, manifestada por necessidade de realização de reeducação funcional respiratória (RFR). <b><u>Sistema de enfermagem de apoio-educação.</u></b>
<b>Manutenção da ingestão suficiente de água</b>	Sem alterações. Ingeria cerca de 1L de água por dia. Sem dificuldades na deglutição de texturas líquidas.	Mantém o padrão. Apresenta parésia facial central esquerda, mas sem alterações na deglutição. Ingere consistências líquidas sem disfagia e sem sinais associados.	Sem défice de autocuidado. Potencial risco de défice de autocuidado por presença de parésia facial central esquerda e hemiparésia do hemisfério esquerdo. <b><u>Sistema de enfermagem de apoio-educação.</u></b>
<b>Manutenção da ingestão suficiente de alimentos</b>	Sem disfagia. Sem limitações na mastigação. Independente. Não utiliza próteses. Peças dentárias mantidas.	Apresenta parésia facial central esquerda, mas sem alterações na deglutição. Ingere consistências líquidas, pastosas e sólidas sem disfagia e sem sinais associados. Sem alterações na mastigação. Necessita de ajuda para preparar os alimentos, mas alimenta-se sozinha.	Potencial risco de défice de autocuidado por presença de parésia facial central esquerda, podendo influenciar o processo de mastigação e deglutição. <b><u>Sistema de enfermagem de apoio-educação.</u></b>
<b>Promoção dos cuidados associados com a eliminação</b>	Continente a nível vesical e intestinal.	Mantem continência de esfíncteres.	Sem défice de autocuidado.
<b>Manutenção do equilíbrio entre atividade e descanso</b>	Mantinha um dia-a-dia ativo, trabalhava como guia turística deambulando bastante ao longo do dia e acabava o dia de trabalho a cuidar de crianças. Dormia apenas no período noturno cerca de 6 a 7 horas.	Padrão de sono noturno cerca de 8 horas por noite com recurso a medicação. Por vezes dorme de dia. Diminuição da mobilidade, por hemiparésia esquerda resultante de sequelas das LOE presentes. Sai apenas à rua com o marido sendo o mesmo seu apoio e suporte por receio em escorregar e cair ao deambular sozinha ou com recurso ao andarilho.	Défice de autocuidado na manutenção do equilíbrio entre atividade e descanso relacionado com hemiparésia esquerda e presença de cefaleias, manifestado pelo receio em cair e aumento do período que permanece no leito após toma de medicação analgésica. <b><u>Sistema parcialmente compensatório e de apoio-educação.</u></b>

<p><b>Manutenção do equilíbrio entre a solidão e a interação social</b></p>	<p>Sempre viveu com o marido e filha. Amigos e vizinhos presentes. Sem dificuldades na comunicação.</p>	<p>Períodos de labilidade emocional face à sua situação de saúde.</p>	<p>Défice de autocuidado na manutenção do equilíbrio entre a solidão e a interação social relacionado com a sua situação de saúde, manifestado por períodos de labilidade emocional. <b><u>Sistema parcialmente compensatório e de apoio-educação.</u></b></p>
<p><b>Prevenção dos riscos para a vida humana, o funcionamento humano e o bem-estar humano</b></p>	<p>Autónomo.</p>	<p>Risco de quedas. Por vezes refere cefaleias intensas que comprometem algumas atividades ao longo do dia.</p>	<p>Défice de autocuidado na prevenção de riscos para a vida humana, o funcionamento humano e o bem-estar humano, nomeadamente risco de queda, relacionado com condições habitacionais e limitação da mobilidade. Défice de autocuidado na prevenção de riscos para a vida humana, o funcionamento humano e o bem-estar humano, nomeadamente dor presente, relacionado com situação de doença atual. <b><u>Sistema de enfermagem de apoio-educação.</u></b></p>
<p><b>Promoção do funcionamento do homem dentro dos grupos sociais conforme o potencial humano, as limitações do homem e o desejo do homem ser normal</b></p>	<p>Autónomo na realização de AVD.</p>	<p>Objetivo de recuperar/manter as capacidades funcionais agora limitadas. Risco de isolamento social por limitação da mobilidade.</p>	<p>Défice na promoção do funcionamento e desenvolvimento do homem dentro dos grupos sociais conforme o potencial humano, as limitações do homem e o desejo do homem de ser normal, manifestado por limitação da mobilidade, relacionado com hemiparésia esquerda. <b><u>Sistema parcialmente compensatório e de apoio-educação.</u></b></p>

### 3. Avaliação Funcional

#### 3.1. Escala de Barthel

Para delimitar o nível de dependência nos diferentes autocuidados, recorreu-se ao índice de *Barthel*, como apresentado no quadro seguinte.

Índice de Barthel		
Parâmetros	Avaliação	
	12/12	12/1
ALIMENTAÇÃO 10 Independente 5 Precisa de alguma ajuda (cortar os alimentos) 0 Dependente	5	5
TRANSFERÊNCIAS 0 = Incapaz - não tem equilíbrio ao sentar-se 5 = Grande ajuda (uma ou duas pessoas) física, consegue sentar-se 10 = Pequena ajuda (verbal ou física) 15 = Independente (não necessita qualquer ajuda, mesmo que utilize cadeira de rodas)	15	15
HIGIENE PESSOAL 0 = Necessita de ajuda com o cuidado pessoal 5 = Independente no barbear, dentes, rosto e cabelo (utensílios fornecidos)	5	5
IR À CASA DE BANHO 0 = Dependente 5 = Necessita de ajuda mas consegue fazer algumas coisas sozinho 10 = Independente (senta-se, levanta-se, limpa-se e veste-se sem ajuda)	10	10
TOMAR BANHO 0 = Dependente 5 = Independente (lava-se no chuveiro/ banho de emersão/ usa a esponja por todo o corpo sem ajuda)	5	5
MOBILIDADE 0 = Imobilizado 5 = Independente na cadeira de rodas incluindo cantos, etc. 10 = Anda com ajuda de uma pessoa (verbal ou física) 15 = Independente (mas pode usar qualquer auxiliar, ex.: bengala)	10	10
SUBIR E DESCER ESCADAS 0 = Incapaz 5 = Necessita de ajuda (verbal, física, transporte dos auxiliares de marcha) ou supervisão 10 = Independente (subir / descer escadas, com apoio do corrimão ou dispositivos ex.: muletas)	5	5
VESTIR 0 = Dependente 5 = Necessita de ajuda, mas faz cerca de metade sem ajuda 10 = Independente (incluindo botões, fechos e atacadores)	5	5
EVACUAR 0 = Incontinente (ou necessita que lhe sejam aplicados clisteres) 5 = Episódios ocasionais de incontinência (uma vez por semana) 10 = Contigente (não apresenta episódios de incontinência)	10	10
URINAR 0 = Incontinente ou algaliado 5 = Episódios ocasionais de incontinência (máximo uma vez em 24 horas) 10 = Contigente (por mais de 7 dias)	10	10
Total/Score	80	80
100 Totalmente independente		

76-99 Dependência leve  
 51-75 Dependência moderada  
 26-50 Dependência severa  
 <25 Dependência total

Determinou-se que à data da primeira avaliação o score obtido foi de 80, referente a uma dependência em grau reduzido nas atividades de vida diárias, que se manteve durante o tempo de acompanhamento.

### 3.2. Escala de Morse

ITEM		Valor	12/12	12/1
Historial de quedas no internamento, urgência ou nos últimos 3 meses	Sim	25		
	Não	0	X	X
Diagnostico secundário	Sim	15	X	X
	Não	0		
Ajuda para caminhar	Nenhum/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas Apoia-se no mobiliário para andar	0		
	Muletas/canadianas/bengala/andarilho	15		
	Apoia-se no mobiliário para andar	30	X	X
Terapia intravenosa/cateter periférico obturador/heparina com	Sim	20		
	Não	0	X	X
Postura no andar e na transferência	Normal/acamado/imóvel	0		
	Debilidado	10	X	X
	Dependente de ajuda	20		
Estado mental	Consciente das suas capacidades	0	X	X
	Esquece-se das suas limitações	15		
Total			80	80

Score de 80, referente a alto risco de queda.

### 3.3. Escala de Braden

Escala de Braden	12/12/2016	12/01/2017	
<b>Percepção sensorial</b> (Capacidade de reação significativa ao desconforto)			
1- Completamente limitado 2- Muito limitado 3- Ligeiramente limitado 4- Nenhuma limitação	4	4	
<b>Humidade</b> (Nível de exposição da pele à humidade)			
1- Pele constantemente húmida 2- Pele muito húmida 3- Pele ocasionalmente húmida 4- Pele raramente húmida	4	4	
<b>Actividade</b> (Nível de actividade física)			
1- Acamado 2- Sentado 3- Anda ocasionalmente 4- Anda frequentemente	3	3	
<b>Mobilidade</b> (Capacidade de mudar e controlar posição corporal)			
1- Completamente imobilizado 2- Muito limitado 3- Ligeiramente limitado 4- Nenhuma limitação	3	3	
<b>Nutrição</b> (Alimentação habitual)			
1- Muito pobre 2- Provavelmente inadequada 3- Adequada 4- Excelente	3	3	
<b>Fricção e forças de deslizamento</b>			
1- Problema 2- Problema potencial 3- Nenhum problema	2	2	
<b>Pontuação total:</b>	<b>19</b>	<b>19</b>	
<b>Sem problema:</b> 22 – 23 – Sem risco; <b>Grau reduzido:</b> 18 – 21 – Baixo risco; <b>Grau moderado:</b> 13 – 17 Risco moderado; <b>Grau elevado:</b> 9 – 12 - Risco elevado; <b>Grau muito elevado:</b> 6-8 – Risco muito elevado;			

Baixo risco de úlcera de pressão com um score de 19.

**3.4. Avaliação da força muscular (*Medical Research Council scale - MRC*) e Tónus muscular (Escala de *Ashworth* Modificada)**

A avaliação da força muscular é feita tendo em conta o hemicorpo esquerdo, sendo que o hemicorpo direito apresenta força normal em todos os segmentos. Ambos os hemicorpos com tónus muscular normal e sem rigidez muscular.

<b>Avaliação Força Muscular – <i>Medical Research Council scale - MRC</i></b>									
	Flexão/ Extensão	Abdução/ Adução	Rotação Interna/ Externa	Circundação	Lateralização direita/ esquerda	Desvio radial/ Cubital	Supinação/ Pronação	Oponência do polegar	Inversão/ Eversão
<b>Cervical</b>	5/5		5/5		5/5				
<b>Escapulo- umeral</b>	5/5	5/5	5/5						
<b>Cotovelo</b>	4/5								
<b>Antebraço</b>							4/5		
<b>Punho</b>	3/5			3/5		3/5			
<b>Dedos</b>	3/5	3/5		3/5				3/5	
<b>Coxo femoral</b>	4/5	4/5	4/5						
<b>Joelho</b>	4/5								
<b>Tibiotársica</b>	4/5			4/5					4/5
<b>Dedos</b>	4/5	4/5		4/5					

- **Parésia facial periférica à esquerda, com desvio da comissura labial para a direita, com ligeiro apagamento do sulco nasogeniano.**

### 1. Preliminary Investigation / Indirect Swallowing Test

	YES	NO
<b>VIGILANCE</b> <i>(The patient must be alert for at least 15 minutes)</i>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
<b>COUGH and/or THROAT CLEARING</b> <i>(Voluntary cough! Patient should cough or clear his or her throat twice)</i>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
<b>SALIVA SWALLOW</b>		
• <b>SWALLOWING SUCCESSFUL</b>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
• <b>Drooling</b> <i>(Herausströmen von Speichel aus dem Mund)</i>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
• <b>VOICE CHANGE</b> <i>(hoarse, gurgely, coated, weak, choke on own saliva)</i>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
<b>SUM:</b>		(5)
	1 – 4 = Investigate further <sup>2</sup> 5 = Continue with „Direct Swallowing Test“	

### Instruction „Direct Swallowing Test“

*	First administer 1/5 - 1/2 teaspoon Aqua bi with food thickener (pudding-like consistency). If there are no symptoms apply 3 to 5 teaspoons. Assess after the 5 <sup>th</sup> spoonful.
**	3, 5, 10, 20 ml Aqua bi – if there are no symptoms continue with 50 ml Aqua bi (Daniels et al. 2000; Gottlieb et al. 1996) Assess and stop the investigation when one of the criteria is observed.
***	Clinical: Dry bread ; FEES: Dry bread which is dipped in coloured liquid.
<sup>2</sup>	Use functional investigation such as Videofluoroscopic Evaluation of Swallowing (VFES) , Fiberoptic Endoscopic Evaluation of Swallowing (FEES)

### SUMMARY

<b>Sum „Indirect Swallowing Test“:</b>	<b>( 5 )</b>
<b>Sum „Direct Swallowing Test“:</b>	<b>( 1 5 )</b>
<b>Sum TOTAL:</b>	<b>( 2 0 )</b>

**Sem aparentes alterações da deglutição, sendo que tendo como suporte a escala de GUSS – Gugging Swallowing Test apresentada, expõe um score entre 19-20 o que implica a não existência de disfagia, com um risco mínimo de aspiração.**

### 2. Direct Swallowing Test

(Material: Aqua bi, flat teaspoon, food thickener, bread)

In the following order:	1 →	2 →	3 →
	SEMISOLID*	LIQUID**	SOLID ***
<b>DEGLUTITION:</b>			
▪ Swallowing not possible	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ Swallowing delayed <i>(&gt; 2 sec.) (Solid textures &gt; 10 sec.)</i>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
▪ Swallowing successful	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
<b>COUGH (involuntary):</b> <i>(before, during or after swallowing – until 3 minutes later)</i>			
▪ Yes	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ No	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
<b>DROOLING:</b>			
▪ Yes	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ No	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
<b>VOICE CHANGE:</b> <i>(listen to the voice before and after swallowing- patient should speak „Oh“)</i>			
▪ Yes	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ No	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
<b>SUM:</b>	(5)	(5)	(5)
	1 – 4 = Investigate further <sup>2</sup> 5 = Continue „LIQUID“	1 – 4 = Investigate further <sup>2</sup> 5 = Continue „SOLID“	1 – 4 = Investigate further <sup>2</sup> 5 = NORMAL

RESULTS	SEVERITY CODE	RECOMMENDATIONS
20 Semisolid / liquid and solid textures successful	Slight / No dysphagia Minimal risk of aspiration	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Normal diet</li> <li>• Regular liquids</li> <li>• First time under supervision of the SLT or a trained stroke nurse !</li> </ul>
15-19 Semisolid and liquid texture successful and solid unsuccessful	Slight dysphagia with a low risk of aspiration	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dysphagia diet (pureed and soft food)</li> <li>• Liquids very slowly – one sip at a time</li> <li>• Functional swallowing assessments such as Fiberoptic Endoscopic Evaluation of Swallowing (FEES) or Videofluoroscopic Evaluation of Swallowing (VFES)</li> <li>• Refer to Speech and Language Therapist (SLT)</li> </ul>
10-14 Semisolid swallow successful and liquids unsuccessful	Moderate dysphagia with a risk of aspiration	Dysphagia diet beginning with: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Semisolid textures such as baby food and additional parenteral feeding</li> <li>• All liquids must be thickened!</li> <li>• Pills must be crushed and mixed with thick liquid</li> <li>• No liquid medication!!</li> <li>• Further functional swallowing assessments (FEES, VFES)</li> <li>• Refer to Speech and Language Therapist (SLT)</li> </ul> <p style="text-align: center;"><i>Supplementation with nasogastric tube or parenteral</i></p>
0-9 Preliminary investigation unsuccessful or semisolid swallow unsuccessful	Severe dysphagia with a high risk of aspiration	<ul style="list-style-type: none"> <li>• NPO (non per os = nothing by mouth)</li> <li>• Further functional swallowing assessments (FEES, VFES)</li> <li>• Refer to Speech and Language Therapist (SLT)</li> </ul> <p style="text-align: center;"><i>Supplementation with nasogastric tube or parenteral</i></p>

#### 4. Plano de Cuidados

Diagnóstico de Enfermagem	Objetivo	Intervenções de enfermagem de reabilitação	Avaliação
<p>Risco de queda elevado, relacionado com hemiparésia esquerda e equilíbrio corporal instável manifestado por score de 90 na Escala de Morse.</p>	<p>Diminuir o risco de queda, ensinando estratégias e medidas preventivas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorizando o risco de queda através da Escala de Morse;</li> <li>• Esclarecendo a pessoa e cuidador sobre as suas limitações funcionais, técnicas de posicionamento a adotar, cuidados com o levante, marcha e subida/descida de escadas.</li> <li>• Gerindo o ambiente físico (mantendo zonas de circulação o mais livre possível, tendo em conta sempre a vontade da pessoa, explicando a importância da medida);</li> <li>• Vigiar a ação da pessoa (estado de consciência, orientação, atenção e compreensão);</li> <li>• Ensinando medidas de segurança como deambular com recurso à canadiana/andarrilho de forma a aumentar a base de sustentação.</li> </ul>	<p><b>12/12/2016</b>            Pessoa calma, consciente e orientada em todas as vertentes, com capacidade de compreensão. Explicada a importância do recurso a meios auxiliares de marcha de forma a aumentar a base de sustentação, garantindo-lhe mais estabilidade e consequentemente mais confiança para deambular sozinha. Dado ênfase para que não se apoie a móveis que não estejam completamente apoiados e para garantir uma zona de passagem livre de obstáculos e tapetes de forma a prevenir possíveis quedas.            Até à data sem quedas presentes no domicílio. Deambula em casa por vezes com recurso do auxiliar de marcha, outras vezes apoia-se na mobília em redor. Na rua alterna refere que se apoia no marido para suporte. Realizado ensino para o uso adequado do andarrilho e reforçada a importância do seu uso.</p> <p><b>14/12/2016</b>            Foi realizada posteriormente nova visita domiciliária mas não foi possível validar ensinamentos, pois encontrava-se demasiado cansada e com pouca capacidade de concentração pois tinha realizado sessão de quimioterapia no dia anterior.</p> <p><b>4/1/2017</b>            Nova visita domiciliária, tendo-se conseguido validar de forma positiva os ensinamentos.</p>

			<p>Posteriormente teve-se que interromper visita e cuidados de enfermagem de reabilitação por a utente referir dores de cabeça.</p> <p><b>10/1/2017</b></p> <p>Refere que deambula sempre apoiada nos móveis em casa ou amparada a algum familiar para se deslocar entre divisões, pois referiu um episódio de desequilíbrio. Reforçado ensino acerca importância do uso do andarilho em casa e na rua de forma aumentar a sua base de sustentação, garantindo-lhe de certa forma alguma autonomia para se deslocar em casa sozinha de uma forma mais confiante. Foi igualmente reforçado ensino quanto ao seu uso e realizado treino de marcha com o mesmo, com <i>feedback</i> positivo.</p> <p><b>12/1/2017</b></p> <p>Referiu ter ido à rua com o marido e que andou sempre acompanhada por ele, não se sente confortável com o uso do andarilho na rua. Não foram realizados/reforçados ensinamentos por doente referir sensação de cabeça pesada, com necessidade de descanso e medicação analgésica em SOS.</p> <p>Realizados registos de enfermagem de reabilitação em cada visita realizada. Assim como realizados registos na plataforma da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) aquando a avaliação mensal.</p>
--	--	--	--

Diagnóstico de Enfermagem	Objetivo	Intervenções de enfermagem de reabilitação	Avaliação
<p>Risco reduzido de aspiração (score entre 19-20 segundo a escala de GUSS) relacionado com LOE no hemisfério direito manifestado pela presença de parésia facial central esquerda.</p> <p>Parésia facial central esquerda, presente.</p>	<p>Minimizar potenciais riscos através da reeducação dos músculos faciais.</p> <p>Prevenir a exacerbação de alterações funcionais presentes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vigiar a parésia presente;</li> <li>• Avaliar a simetria da face (verificar a presença ou não de parésia facial central ou periférica);</li> <li>• Observar e avaliar os lábios quanto à cor, simetria, humidade e capacidade para fechar firmemente;</li> <li>• Observar e avaliar a simetria interna da cavidade oral e a mucosa oral e faríngea;</li> <li>• Inspeccionar o número e estado geral da dentição (mínimo 2 incisivos e dois molares em oposição para uma mastigação adequada);</li> <li>• Verificar a qualidade da voz;</li> <li>• Observar e avaliar o reflexo de tosse;</li> <li>• Informar, treinar e ensinar exercícios para melhorar a força e resistência muscular (<b>I. Reeducação dos músculos da face:</b> Unir e elevar as sobrancelhas, enrugando a testa, fechar os olhos com força, sorrir, mostrar os dentes, assobiar, encher a boca de ar; <b>II. Lábios:</b> Protrair, retrair, lateralizar e segurar uma colher com os lábios em repouso ou protruídos; Depressão do lábio inferior (assistir/resistir os movimentos com as mãos); <b>III. Língua:</b> Protrair, lateralizar e retraindo a língua, mantendo a posição por 2 segundos relaxando depois. Com a zona posterior da colher pedir que a pessoa movimente a língua protraindo e lateralizando empurrando a mesma, também pode ser feito no interior da cavidade oral empurrando contra as bochechas.</li> </ul>	<p><b>12/12/2016</b></p> <p>Em repouso observava-se ligeiro desvio da comissura labial para a direita, sendo este mais acentuado quando foi pedido à pessoa para sorrir, observando-se também ligeiro apagamento do sulco nasogeniano do lado esquerdo. Quando pedido para fechar os olhos consegue o movimento mas com maior dificuldade em abrir e principalmente fechar o olho esquerdo. Consegue elevar e deprimir ambas as sobrancelhas. Não foram observadas assimetrias internas da cavidade oral, mucosas e lábios sem alterações. Apresenta prótese dentária fixa. Sem alterações da qualidade da voz nem da linguagem. Compreende comandos. Apresenta reflexo de tosse eficaz. Padrão respiratório toraco-abdominal, regular. Deglute a própria saliva com movimento laríngeo presente. Consegue cerrar os dentes e apresenta força mantida e simétrica dos masséteres. Sensibilidade facial mantida. Tem paladar mantido. Apresenta movimentos regulares da língua, sendo que se observa ligeiro desvio para a esquerda da mesma. Tem posição de sentada mantida, com capacidade de elevar e deprimir os ombros e de lateralizar a cabeça. Foram realizadas as intervenções descritas em intervenções de enfermagem e efetivados ensinamentos das mesmas, referindo que os mesmos podem ser feitos em frente a um espelho de forma a visualizar o movimento efetuado. Informado sobre a</p>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ensinando e executando exercícios para os músculos da mastigação (abrir e fechar a boca com e sem resistência utilizando a própria mão e assim como a lateralização, retração e protusão da mandíbula).</li> <li>• Instruindo e ensinando a automassagem facial em movimentos deslizantes com ligeira pressão desde a linha média entre as sobrancelhas até à zona do couro cabeludo superior ao pavilhão auricular e desde a região lateral das narinas, bochechas até à zona do couro cabeludo inferior ao pavilhão auricular.</li> <li>• Aplicando escalas de avaliação da disfagia como a GUSS.</li> <li>• Validando conhecimentos das técnicas referidas;</li> <li>• Executando registos de ER na plataforma <i>Sclinc</i>;</li> </ul>	<p>importância da automassagem facial e como realiza-la.</p> <p>Compreensão dos ensinamentos efetuados, pela pessoa, marido e filha que demonstraram feedback positivo em relação aos mesmos.</p> <p><b>14/12/2016</b></p> <p>Foi realizada posteriormente nova visita domiciliária mas não foi possível validar ensinamentos nem executar novos exercícios, pois encontrava-se demasiado cansada e com pouca capacidade de concentração pois tinha realizado sessão de quimioterapia no dia anterior. Foi fornecido um suporte de imagens como apoio para que possa realizar sozinha e de forma autónoma os exercícios referentes à reeducação dos músculos faciais.</p> <p><b>4/1/2017</b></p> <p>Nova visita domiciliária, tendo-se conseguido validar de forma positiva os ensinamentos realizados e igualmente o uso do material de apoio fornecido. Observa-se desvio da comissura labial mais acentuado para a direita, mantém simetria interna da cavidade oral. Refere não apresentar dificuldades em deglutir qualquer tipo de alimentos e consistências. Ao deglutir água não se observou tosse, perda de líquido pela cavidade oral e alterações na voz. Tinha ingerido ao pequeno-almoço meio pão-de-leite referindo que mastiga o mesmo sem dificuldades. Posteriormente teve-se que interromper visita e cuidados de enfermagem de reabilitação por a utente referir dores de cabeça.</p> <p><b>10/1/2017</b></p>
--	--	--	--

			<p>Observou-se melhoria do desvio da comissura labial referido anteriormente, associado à reintrodução da toma de dexametasona. Mantiveram-se cuidados anteriores, nomeadamente ao nível da reeducação dos músculos faciais. Mantém-se sem alterações da deglutição.</p> <p><b>12/1/2016</b></p> <p>Não foram realizados exercícios por doente referir sensação de cabeça pesada, com necessidade de descanso e medicação analgésica em SOS.</p> <p>Realizados registos de enfermagem de reabilitação em cada visita realizada. Assim como realizados registos na plataforma da RNCCI aquando a avaliação mensal.</p>
--	--	--	---

Diagnóstico de Enfermagem	Objetivo	Intervenções de enfermagem de reabilitação	Avaliação
<p>Mobilidade comprometida relacionada com as LOE presentes no hemisfério direito, manifestado por hemiparésia esquerda (conforme valores referidos anteriormente sob a escala <i>Medical Research Council scale - MRC</i>).</p>	<p>Promover o aumento da força muscular do hemicorpo esquerdo.</p> <p>Prevenir complicações associadas à imobilidade e hemiparésia do hemicorpo esquerdo</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorizando a força muscular pela escala <i>Medical Research Council scale - MRC</i>;</li> <li>• Vigiando a mobilidade;</li> <li>• Vigiando e monitorizando o tônus muscular;</li> <li>• Vigiando a amplitude articular;</li> <li>• Executando exercícios músculo-esqueléticos articulares ativos assistidos e resistidos dos membros inferiores (Flexão/Extensão, Abdução/Adução e rotação interna e externa da coxofemoral; Flexão/Extensão do joelho; Flexão plantar e dorsal, com inversão e eversão da tibiotársica; Flexão/Extensão e adução e abdução dos dedos) – Duas séries de dez repetições (respeitando sempre a amplitude do movimento e o limiar da dor da pessoa).</li> </ul> <p>Executar exercícios músculo-esqueléticos articulares ativos assistidos e resistidos do membro superior esquerdo (oponência do polegar; Flexão/extensão e adução/abdução dos dedos; desvio radial/cubital e flexão/extensão do punho; pronação/supinação antebraço; flexão/extensão do cotovelo; flexão/extensão, adução/abdução; rotação interna/externa do ombro), auto mobilização dos membros superiores no leito ou na posição de sentada. – Duas séries de dez repetições (respeitando sempre a amplitude do movimento e o limiar da dor da pessoa).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Instruindo e treinando técnica de exercício muscular e articular;</li> <li>• Incentivando a realização de exercícios de preensão fina (escovar o próprio cabelo, dentes, apanhar e largar objetos e esfolhear revistas);</li> </ul>	<p><b>12/12/2016</b></p> <p>Foi monitorizada a força muscular tendo sido já descrita anteriormente. Força normal no hemicorpo direito (5) e força 4 na maioria dos segmentos corporais do hemicorpo esquerdo, sendo de 3 ao nível dos dedos e punho conforme escala de escala <i>Medical Research Council scale - MRC</i>. Sem dor associada aos movimentos efetuados, com amplitude articular mantidas e tônus muscular normal em ambos os hemicorpos. Sensibilidade superficial e profunda (sentido de pressão, postural e sentido de estereognosia) mantida. Realizados exercícios e feitos ensinios de mobilização dos dedos e uso de estratégias de exercitação como pinçar molas da roupa umas nas outras, mexer a caneca com a mão esquerda uma colher, agarrar objetos (ir beber água e agarrar a garrafa/copo com a mão esquerda, pentear e lavar os dentes com a mão esquerda. Compreensão dos ensinios efetuados, os mesmos foram realizados na presença do marido que demonstrou feedback positivo em relação aos mesmos.</p> <p><b>14/12/2016</b></p> <p>Foi realizada posteriormente nova visita domiciliária mas não foi possível validar ensinios nem executar novos exercícios, pois encontrava-se demasiado cansada e com pouca capacidade de concentração pois tinha realizado sessão de quimioterapia no dia anterior.</p> <p><b>4/1/2017</b></p>

		<ul style="list-style-type: none"><li>•Reforçando ensinamentos ao cuidador de forma a estimular a pessoa a realizar os exercícios de forma autónoma;</li><li>•Validando aprendizagem de técnicas de exercício muscular e articular;</li><li>•Executando registos em programa informático <i>Sclinic</i>;</li></ul>	<p>Nova visita domiciliária observou-se maior dificuldade no movimento do punho, e dedos, principalmente no movimento de oposição do polegar. Foram realizados ensinamentos de mobilização passiva do polegar e ativa assistida dos restantes dedos e punho. Restantes zonas corporais com força mantida face a primeira avaliação. Foi possível validar ensinamentos alguns dos ensinamentos realizados. Posteriormente foi necessário interromper a visita e cuidados de enfermagem de reabilitação por a utente referir dores de cabeça.</p> <p><b>10/1/2017</b> Observou-se melhoria da parésia observada ao nível do hemicorpo esquerdo referido na visita anterior, associado à reintrodução da toma de dexametasona. Mantiveram-se cuidados de reabilitação e reforço de ensinamentos já referidos. Realizados exercícios isocinéticos dos membros inferiores (flexão/extensão do joelho e coxofemoral; adução/abdução da coxofemoral; agachamentos e alternância entre suporte do peso entre cada membro e entre as pontas dos dedos dos pés e calcanhares) em pé amparada com as duas mãos e só com uma mão. Todos os exercícios realizados sempre com supervisão e apoio.</p> <p><b>12/1/2016</b> Não foram realizados exercícios por doente referir sensação de cabeça pesada, com</p>
--	--	--	---

			<p>necessidade de descanso e medicação analgésica em SOS.</p> <p>Realizados registos de enfermagem de reabilitação em cada visita realizada. Assim como realizados registos na plataforma da RNCCI aquando a avaliação mensal.</p>
--	--	--	--

Diagnóstico de Enfermagem	Objetivo	Intervenções de enfermagem de reabilitação	Avaliação
<p>Equilíbrio corporal comprometido relacionado com hemiparésia esquerda, manifestado por equilíbrio estático e dinâmico de pé instável.</p>	<p>Promover e manter a mobilidade e amplitude articular ao nível do hemicorpo esquerdo;</p> <p>Promover treinando o equilíbrio corporal estático e dinâmico em pé.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Vigiando e avaliando o equilíbrio corporal;</li> <li>•Ensinando técnicas de treino de equilíbrio estático e dinâmico (correção postural em frente ao espelho e oscilação do tronco frontal, lateral, deambular em linha reta com supervisão);</li> <li>•Informando sobre as técnicas de treino de equilíbrio estático e dinâmico;</li> <li>•Informando sobre a utilização de equipamento auxiliar de marcha para aumentar a base de sustentação (andarilho);</li> <li>•Treinando técnicas de treino de equilíbrio estático e dinâmico;</li> <li>•Validando o conhecimento e aprendizagem sobre técnicas de treino de equilíbrio estático e dinâmico;</li> </ul>	<p><b>12/12/2017</b> Apresenta equilíbrio instável em pé, necessita de apoiar-se nos móveis em redor para deambular pela casa. Refere que quando vai à rua apoia-se no marido, foi reforçada importância do uso do andarilho de forma a aumentar a base de sustentação evitando o desequilíbrio e prevenindo quedas.</p> <p><b>14/12/2016</b> Foi realizada posteriormente nova visita domiciliária mas não foi possível validar ensinamentos nem executar novos exercícios, pois encontrava-se demasiado cansada e com pouca capacidade de concentração pois tinha realizado sessão de quimioterapia no dia anterior.</p> <p><b>4/1/2017</b> Nova visita domiciliária refere conseguir deambular mas apoia-se nos móveis não recorrendo nas maiorias das vezes ao andarilho. Não possível executar exercícios de treino de equilíbrio pois foi necessário interromper a visita e cuidados de enfermagem de reabilitação por a utente referir dores de cabeça. Ao acompanhar a utente para o quarto observa-se ligeiro desequilíbrio, tem marcha autónoma mas apoia-se na mobília ou pessoa em redor.</p> <p><b>10/1/2017</b> Mantém equilíbrio estático e dinâmico sentado estável, mas com equilíbrio estático e dinâmico de pé instável. Realizados exercícios de treino de equilíbrio nomeadamente andar em frente em linha reta e de lado. Realizados exercícios isocinéticos dos membros inferiores (flexão/extensão do joelho e coxofemoral;</p>

			<p>adução/abdução da coxofemoral; agachamentos e alternância entre suporte do peso entre cada membro e entre as pontas dos dedos dos pés e calcanhares) em pé amparada com as duas mãos e só com uma mão. Todos os exercícios realizados sempre com supervisão e apoio.</p> <p><b>12/1/2016</b></p> <p>Não foram realizados exercícios para controlo de equilíbrio por doente referir sensação de cabeça pesada, com necessidade de descanso e medicação analgésica em SOS.</p> <p>Realizados registos de enfermagem de reabilitação em cada visita realizada. Assim como realizados registos na plataforma da RNCCI aquando a avaliação mensal.</p>
--	--	--	--

Diagnóstico de Enfermagem	Objetivo	Intervenções de enfermagem de reabilitação	Avaliação
<p>Dor presente em grau moderado, relacionado pela presença de LOE no hemisfério direito, manifestado por cefaleias intensas.</p>	<p>Manter a dor controlada.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorizando a dor pela escala numérica da dor a cada visita, no início e no final.</li> <li>• Vigiando a dor referida;</li> <li>• Validando com a utente ou cuidador a medicação que se encontra a realizar, quantas vezes por dia e quantos SOS necessita de realizar.</li> <li>• Gerindo os cuidados de enfermagem de reabilitação consoante o nível de dor presente.</li> <li>• Informando e encaminhando para Equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP);</li> <li>• Informando o cuidador para a necessidade em vigiar a dor da familiar para ajustar as tomas de medicação em SOS.</li> <li>• Ensinando a utente para evitar que a dor atinja um limiar superior.</li> <li>• Validando ensinamentos e medidas com a utente e família;</li> <li>• Registando em programa informático <i>Sclinc</i>;</li> </ul>	<p><b>12/12/2016</b> Sem dor intensa, apenas uma dor moderada de valor 2 segundo a escala numérica, salientando à pessoa que derivado ao diagnóstico que tem uma sensação ligeira de dor é algo que poderá estar constantemente presente. Foi possível realizar alguns exercícios e ensino dos mesmos como descrito anteriormente. Foram reforçadas algumas das intervenções descritas anteriormente nomeadamente à presença de dor e sua intensidade.</p> <p><b>14/12/2016</b> Mantinha mesmo nível de dor (2 na escala numérica), mas sentia-se demasiado cansada a nível físico e psicológico para realizar qualquer ação.</p> <p><b>4/1/2017</b> Dor de 2/3 no início da visita, tendo-se realizado alguns exercícios, ensinamentos e validação dos mesmos. Posteriormente referiu que dor exacerbou, referindo dor de 8 (escala numérica), cefaleias intensas. Realizou medicação em SOS, <i>oramorph</i> (6 gotas) e foi encaminhada ao leito. Reforçado à utente e cuidador a importância em parar, tomar medicação e descansar para ajudar no alívio da dor e igualmente a necessidade em evitar que a mesma atinja valores altos tornando-se assim mais difícil o seu controlo. De referir que foi encaminhada para a EIHSCP e foi a 29/12/2016 à consulta com médica de cuidados paliativos que terá feito reajuste terapêutico iniciando Fentanil</p>

			<p>12,5 transdémico e <i>oramorph</i> gotas em SOS, tem próxima consulta a 19/1/2017.</p> <p><b>10/1/2017</b> Sem dor presente na altura da visita domiciliária.</p> <p><b>12/1/2016</b> Referiu no início da visita sensação de peso na cabeça e que se ia deitar aquando a nossa chegada. Referiu não ser uma dor forte entre 3/4 pela escala numérica da dor, fez medicação em SOS, <i>oramorph</i> 4 gotas e foi encaminhada ao leito.</p> <p>Realizados registos de enfermagem de reabilitação em cada visita realizada. Assim como realizados registos na plataforma da RNCCI aquando a avaliação mensal.</p>
--	--	--	---

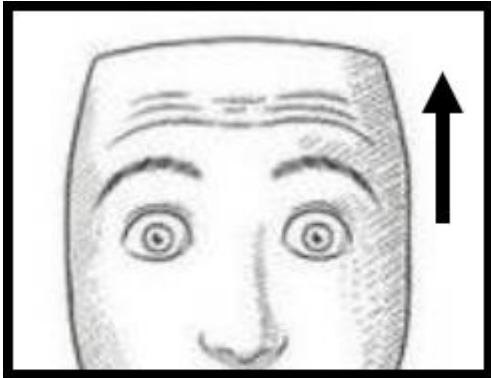
Diagnóstico de Enfermagem	Objetivo	Intervenções de enfermagem de reabilitação	Avaliação
<p>Limpeza das vias aéreas ineficaz em grau moderado, relacionado com cansaço a médios esforços presente, manifestado por tosse produtiva.</p>	<p>Manter as vias aéreas permeáveis.</p> <p>Melhorar a ventilação.</p> <p>Reduzir o trabalho respiratório.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Vigiando o padrão respiratório;</li> <li>•Executando técnica/posicionamento de descanso e relaxamento para conservação de energia, facilitar a respiração diafragmática (Sentado com ligeira inclinação para a frente, com os cotovelos apoiados sob os membros inferiores, pés ligeiramente afastados e apoiados no chão);</li> <li>•Executando técnica de consciencialização e controlo da respiração, para dissociação dos tempos respiratórios (expiração com os lábios semicerrados, respiração diafragmática);</li> <li>•Efetuando reeducação diafragmática (associando o relaxamento e dissociação dos tempos respiratórios; uso de estimulação tátil com a colocação da mão no abdómen acompanhando a dinâmica diafragmática) na posição de sentada e com flexão (expiração) e extensão (inspiração) da articulação da coxofemural e reeducação costal global com bastão e abertura costal seletiva (5 repetições de cada);</li> <li>•Ajudando e ensinando a técnica de tosse dirigida, de forma a minimizar limitações físicas que possam comprometer a tosse espontânea na posição de sentada;</li> <li>•Vigiando reflexo de tosse;</li> <li>•Incentivando a tossir;</li> <li>•Observando características das secreções brônquicas e quantidade;</li> <li>•Incentivando e instruindo a ingestão de líquidos para ajudar na fluidificação das secreções;</li> </ul>	<p><b>4/1/2017</b></p> <p>Padrão respiratório toroco-abdominal, regular, simétrica e de amplitude normal. Mantém acessos de tosse eficaz com saída de expetoração em pequena quantidade esbranquiçada semifluidas. Realizada técnica de consciencialização e controlo da respiração (expiração com os lábios semicerrados, respiração diafragmática); reeducação diafragmática sentada e reeducação costal global com bastão; ensinada técnica de tosse dirigida.</p> <p>Realizadas intervenções descritas, consoante a tolerância e colaboração da pessoa.</p> <p><b>10/1/2017</b></p> <p>Padrão respiratório toroco-abdominal, regular, simétrica e de amplitude normal. Melhorada ao nível das secreções, apresentando uma tosse eficaz mais seca e menos produtiva.</p> <p>Realizada técnica de consciencialização e controlo da respiração (expiração com os lábios semicerrados, respiração diafragmática); reeducação diafragmática sentada e reeducação costal global com bastão.</p> <p>Realizadas intervenções descritas anteriormente, consoante a tolerância e colaboração da pessoa.</p> <p><b>12/1/2017</b></p> <p>Padrão respiratório toroco-abdominal, regular, simétrica e de amplitude normal. Melhorada ao nível das secreções e tosse. Mas observava-se cansaço a moderados esforços e foi encaminhada ao leito. Realizada técnica de consciencialização e</p>

		<ul style="list-style-type: none"><li>• Efetuando registos em <i>Sclinc</i>;</li></ul>	<p>controlo da respiração (expiração com os lábios semicerrados, respiração diafragmática); reeducação diafragmática deitada da porção posterior e com flexão (expiração) e extensão (inspiração) da articulação da coxofemural. Reeducação costal global deitada com bastão e abertura costal seletiva.</p> <p>Realizadas intervenções descritas, consoante a tolerância e colaboração da pessoa.</p> <p>Realizados registos de enfermagem de reabilitação em cada visita realizada. Assim como realizados registos na plataforma da RNCCI aquando a avaliação mensal.</p>
--	--	--	---

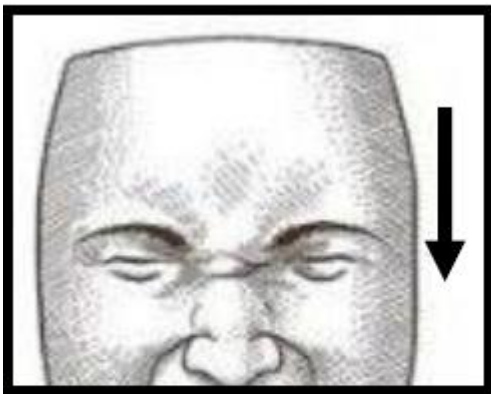
Diagnóstico de Enfermagem	Objetivo	Intervenções de enfermagem de reabilitação	Avaliação
<p>Tristeza presente, relacionado com a sua situação de saúde, manifestado por períodos de labilidade emocional.</p>	<p>Dar apoio e reforço positivo aquando as visitas domiciliárias.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Efetuando visita domiciliária pelo menos duas vezes por semana;</li> <li>•Aconselhando o utente e cuidador desenvolvendo com a pessoa objetivos realistas e adequados à sua situação;</li> <li>•Ajudando a gerir emoções negativas e a tristeza;</li> <li>•Incentivando a ida ao café por exemplo com o marido ou filha, consoante a sua disponibilidade em termos de dor, cansaço e condições climatéricas;</li> <li>•Promovendo apoio emocional;</li> <li>•Encaminhando para equipas da rede EIHS CP (psicóloga);</li> </ul>	<p><b>12/12/2016; 14/12/2016; 4/1/2017; 10/1/2017</b></p> <p>Visita domiciliária efetuada duas vezes por semana. Prestado apoio emocional, falando com a utente, sempre tendo em conta a sua situação clinica atual. Identificadas estratégias de distração e sensação de ocupação temporal como a leitura de revistas, visualização de filmes (algo que gostava). Foi sugerida que tentasse a ida ao café pelo menos uma vez por semana com o marido. Foi sempre tido em conta a disponibilidade da pessoa para distração e alívio da sensação de tristeza, em termos de dor, cansaço e vontade própria.</p> <p><b>12/1/2017</b></p> <p>Referiu ter ido esta semana uma vez com o marido ao café, referindo uma sensação positiva com a saída e com a própria ingestão do café, expressando um grande bem-estar associado. Foi reforçada a importância destes acontecimentos sempre que o seja possível. Execução de tarefas domésticas que possam requer pouco trabalho físico, como o dobrar roupa interior sentada no sofá, desancando sempre que necessário, sendo também uma ajuda como exercício de mobilização das articulações do punho e dedos. Foi também incentivada a estar na cozinha (sempre que se sinta confortável para o mesmo) aquando a preparação das refeições servindo de guia vocal para o marido ou filha em termos de receitas e de como cozinhar, estimulando a memória e o</p>

			<p>pensamento (gostava de cozinhar e era a mesma que preparava todas as refeições em casa). Referiu manter algum contato com as duas crianças de quem cuidava ultimamente com cerca de 4 anos de idade e que isso a faz sentir bem com ela própria.</p> <p>Realizados registos de enfermagem de reabilitação em cada visita realizada. Assim como realizados registos na plataforma da RNCCI aquando a avaliação mensal.</p>
--	--	--	--

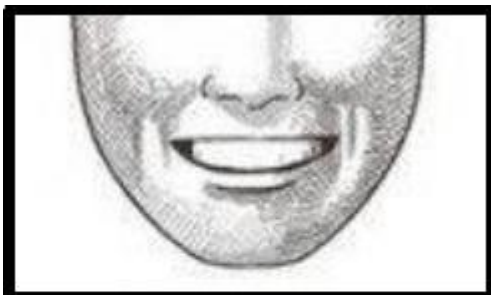
## Apêndice VIII – Guia de Exercícios Faciais



**Abrir bem os olhos  
(enrugar a testa)**



**Fechar os olhos com  
força**

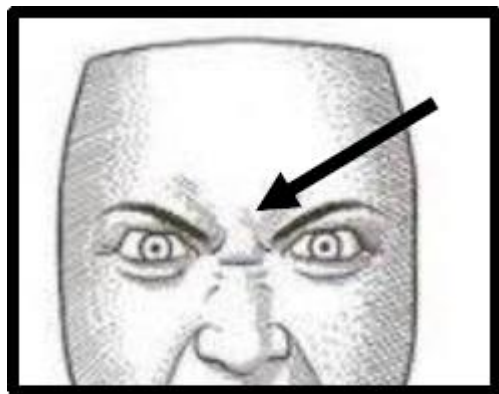


**Sorriso grande**

## **Exercícios faciais**



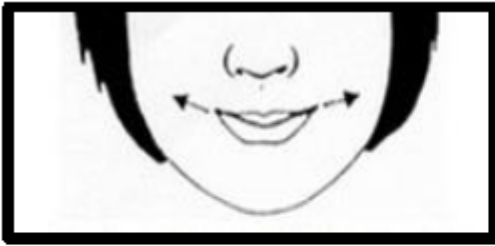
Cristina Domingues, ESEL, 7ºCMER, N°6698



**Juntar as  
sobrancelhas**



**Cerrar os dentes  
com força**



**Sorrir com os lábios juntos**



**Lábios a enviar beijinho**



**Encher a boca de ar**

**Segurar uma colher com os lábios**

**Lábios juntos e mover para a direita e esquerda**



**Lábio inferior para baixo “fazer tipo beicinho”**

- Cada exercício 5 vezes seguidas.
- Repetir todos os exercícios 2 vezes.
- Fazer de manhã e à tarde.
- Fazer de forma lenta.
- Podem ser feitos em frente a um espelho.

#### Referências:

<http://www.acupunturaemcuritiba.com.br/2013/03/paralisia-facial-periferica.html>  
<http://toneladadecartoons.blogspot.pt/2011/10/desenhando-cabeca-feminina-e-expressao.html>  
 Matos, C. (2011). Paralisia Facial Periférica: O Papel da Medicina Física e de Reabilitação. *Acta Médica Portuguesa*. 24(s4), 907-914. Acedido a 01-12-2016. Disponível em: <http://repositorio.chlc.min-saude.pt/bitstream/10400.17/920/1/AMP%202011%20907.pdf>  
 Menoita, E. C. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC*. Loures: Lusociência

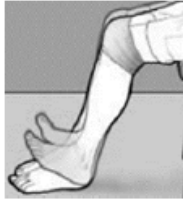


Fonte: <https://patrieducadora2015.wordpress.com/2015/10/18/expressoes-faciais-humanas/>

## Apêndice IX – Panfleto de Exercícios Musculares

## Exercícios para as pernas

- ◆ Sentado ou de pé levantar as pontas dos dedos do chão.



- ◆ Sentado, ou de pé mover a perna para a frente "dar um pontapé".

- ◆ Em pé abrir uma perna de cada vez para o lado.



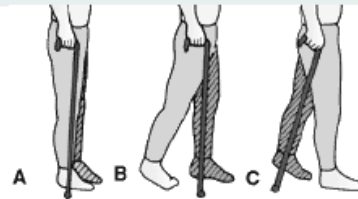
- ◆ De pé levantar o pé para trás, dobrando o joelho.

- ◆ Em pé levantar o joelho para a frente e para cima.



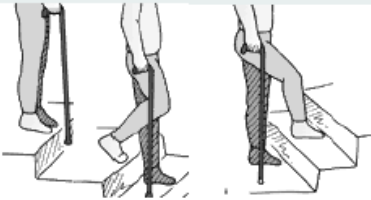
Fonte: <https://www.physiotherapyexercises.com/>

## Marcha



- ◆ Canadiana do lado oposto da perna "má".
- ◆ Andar primeiro a canadiana, depois a perna "má" e depois a outra perna.

## Escadas

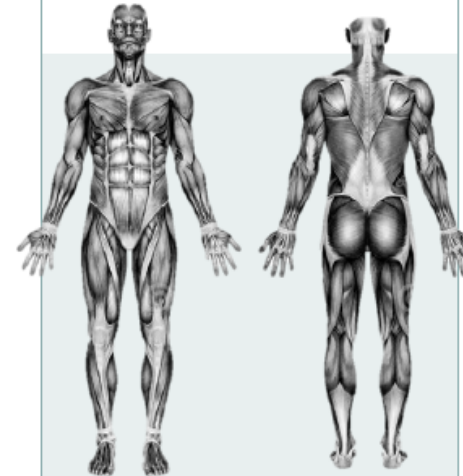


- ◆ Descer canadiana no braço oposto do corrimão, canadiana - perna "má" - perna "boa".
- ◆ Subir, mão no corrimão e canadiana do lado oposto. Perna "boa" - canadiana - perna "má".

- ◆ Repetir pelo menos 10 vezes cada exercício.
- ◆ Realizar cada exercício 2 vezes por dia (manhã e tarde).
- ◆ Não devem causar dor intensa.
- ◆ Fazer períodos de descanso.
- ◆ Se possível fazer os exercícios com 1 garrafa de água pequena em cada mão.
- ◆ Manter uma postura correta e quando em pé estar bem apoiado num móvel estável.

Fonte: <https://homesecurity.press/quotes/crutch-walking-techniques.html>

## Guia de Exercícios



Fonte: <https://www.shiatsuonoestral.com.br/2018/02/20/musculos-do-corpo-humano/>

Ensino clínico: XXXXXXXXXX  
Cristina Isabel Raposo Domingues  
7°CMEER-ESEL, nº6698

### Referências Bibliográficas:

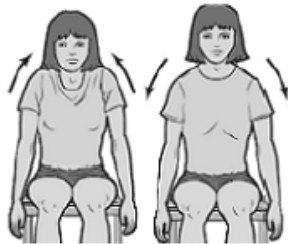
- Marques-Vieira, C., & Sousa, L. (2016). *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida*. Loures: Lusodidacta.
- Menotta, E.C. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC*. Loures: Lusodidacta.
- Ordem dos Enfermeiros (2013). *Cuidados à pessoa com alteração da mobilidade— posicionamentos, transferências e treino de deambulação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

## Exercícios para a cabeça e pescoço



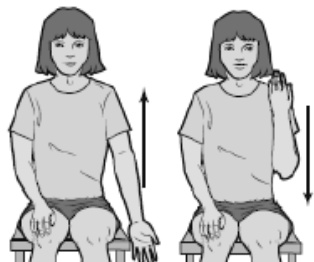
Fonte: [http://www.clinicadeckers.com.br/fisioterapia\\_exercicios.html](http://www.clinicadeckers.com.br/fisioterapia_exercicios.html)

- ◆ Mover para a frente e para trás.
- ◆ Mover para a direita e esquerda.
- ◆ Rodar para a direita e esquerda.



Levantar e baixar os ombros.

## Exercícios para os braços



- ◆ Levantar os dois braços dobrando o cotovelo até a mão tocar no ombro.

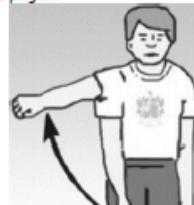
Fonte: <https://www.mskcc.org/cancer-care/patient-education/arm-exercise-program>



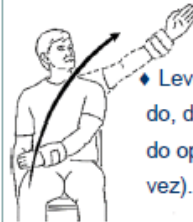
- ◆ Levantar e baixar os dois braços esticados para a frente.

Fonte: <https://www.mskcc.org/cancer-care/patient-education/arm-exercise-program>

- ◆ Levantar os dois braços esticados para o lado.



Fonte: [http://www.clinicadeckers.com.br/fisioterapia\\_exercicios.html](http://www.clinicadeckers.com.br/fisioterapia_exercicios.html)



- ◆ Levantar o braço esticado, desde a anca no sentido oposto (1 braço de cada vez).

Fonte: [http://fisioterapiajoaomalia.blogspot.com/2013/01/exercicios-para-reabilitacao-de-doentes\\_9.html](http://fisioterapiajoaomalia.blogspot.com/2013/01/exercicios-para-reabilitacao-de-doentes_9.html)



- ◆ Com a mão no ombro esticar o braço para baixo no sentido oposto.

- ◆ Balançar os braços ao lado do tronco para a frente e para trás.



Fonte: <https://www.mskcc.org/cancer-care/patient-education/arm-exercise-program>

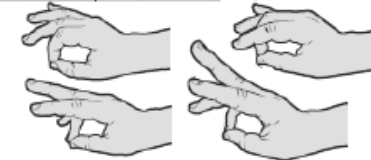
## Exercícios para as mãos



- ◆ Abrir o mais possível as mãos e fechar.



- ◆ Mão para o lado direito e esquerdo.



Fonte: <https://www.mskcc.org/cancer-care/patient-education/arm-exercise-program>

- ◆ Contar cada dedo das 2 mãos tocando no polegar.



- ◆ Pinçar molas com as pontas dos dedos.

Fonte: <https://www.physiotherapyexercises.com/>

## Exercícios para as pernas



- ◆ Sentado ou de pé levantar os calcanhares do chão do chão.

Fonte: <https://www.physiotherapyexercises.com/>

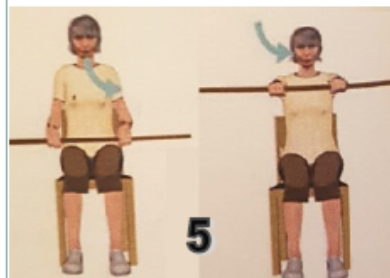
## Apêndice X – Panfleto de Exercícios Respiratórios



Fonte: Marques, Oliveira & Oliveira (2016)

**Inspirar** quando levanta os braços esticados.

**Expirar** quando baixa os braços esticados.



Fonte: Marques, Oliveira & Oliveira (2016)

1. Com um bastão (como por exemplo o cabo de uma vassoura), agarrar com as mãos à largura dos ombros.

2. **Inspiramos** e o bastão **sobe**.

3. **Expiramos** e o bastão **desce**.

Pode ser feito sentado ou deitado na cama com ou sem a cabeceira elevada.

Melhora as trocas gasosas nos pulmões.



Fonte: <http://www.ba-bamail.com/content.aspx?emailid=28784>

Deve manter o corpo alinhado.

Poderá fazer os exercícios sentado em frente ao espelho para corrigir a postura.



**Não esquecer:**

- **Inspirar** quando faz uma tarefa mais leve;
- **Expirar** quando faz a tarefa mais pesada.
- Fazer períodos de exercícios e de descanso.
- Parar sempre que se sentir cansado e adotar uma posição de descanso.
- Manter uma postura correta.
- Beber líquidos.
- Repetir os exercícios sempre que possível (2 vezes por dia).

Referências Bibliográficas: Cordeliro, M.C.O. & Menoita, E.C.P.C. (2012). Manual de boas práticas na reabilitação respiratória: Conceitos, Princípios e Técnicas. Loures: Lusodéncia; Heltor, C.M., Cantelro, C.C., Ferreira, J.M.R., Olazabal, M. & Maia, M.O. (1988). Reeducação Funcional Respiratória. Lisboa: Boehringer Ingelheim; Marques, A., Oliveira, A. & Oliveira D. (2016). Gerir a infeção respiratória do trato inferior na comunidade: O papel do fisioterapeuta. Loures: Lusodacta.

## Exercícios respiratórios

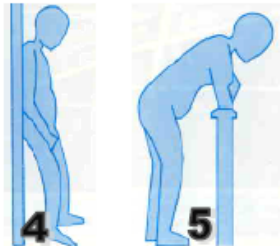


Fonte: <https://infobioquimica.com/new/2016/06/13/nuevos-conocimientos-sobre-la-microbiota-del-aparato-respiratorio/>

Ensino clínico: XXXXXXXXXX  
Cristina Isabel Raposo Domingues  
7ºCMER-ESEL, nº6698

## Posições de descanso

Em caso de dispneia “falta de ar” ou cansaço, a pessoa escolhe a posição de maior conforto.



Fonte: Heitor, C.M., Canteiro, C.C., Ferreira, J.M.R., Olazabal, M. & Mala, M.O. (1998).

Ajudam a relaxar os músculos da respiração;

Ajudam no movimento do diafragma;

## Inspirar e Expirar



Fonte: <https://www.colourbox.de/vektor/schone-frau-mit-langem-haar-haare-flattern-wind-riechen-blume-vektor-illustration-vektor-7389505>

**Inspirar** a “cheirar uma flor”.

**Expirar** a “soprar uma vela”.

Entra pelo nariz

1.2.3  
INSPIRAR



Sai pela boca 1.2.3.4

EXPIRAR

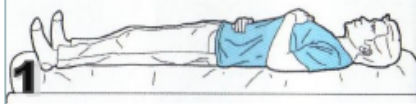


Fonte: <https://my.clevelandclinic.org/health/articles/9443-pursed-lip-breathing->

Coordena e melhora a respiração.

## Exercícios - Como fazer?

Deitado ou sentado, colocar uma mão na barriga acima do umbigo e outra no peito.



Fonte: <http://medicinatural.blogspot.com/2015/05/respiracao-diafragmatica-e-ideal-em.html>



Fonte: <http://medicinatural.blogspot.com/2015/05/respiracao-diafragmatica-e-ideal-em.html>

**1. Inspira** lento e profundo pelo nariz (cheirar a flor) e a barriga sobe (como encher um balão).

**2. Expira** pela boca soprando a vela devagar e deita o ar todo fora e a barriga baixa empurrando um pouco com a mão.

**4.** O peito não mexe durante a respiração.

**5.** Respiração deve ser lenta, regular e suave.

Inspiração



Expiração



Fonte: <https://pt.slideshare.net/joaofilipecosta/3-mergulho-livre-respirao-e-relaxamento-v571>

Diminui o esforço respiratório e ajuda o trabalho do diafragma.

## Apêndice XI – Panfleto de Posicionamentos Preventivos de UPP

## Posicionar



**Decúbito lateral**  
“virado para o lado esquerdo”

Fonte: Ordem dos Enfermeiros (2013)

**Decúbito lateral** “virado para o lado direito”



Fonte: Ordem dos Enfermeiros (2013)

**Fowler** “Sentado na cama”



Fonte: Ordem dos Enfermeiros (2013)

**Decúbito semi-dorsal**

- Mudar de posição depende do tipo de pele e da sua tolerância e da mobilidade da pessoa.
- Deve-se incentivar a pessoa a fazê-lo;
- Quando não o consegue fazer deve mudar a pessoa de posição evitando zonas de pressão com almofadas de 2/2 horas.

## Importante

Incentivar o movimento e pequenos exercícios.

Pentear-se e comer sozinho por exemplo.

Mobilizar as articulações de forma suave e respeitar as suas amplitudes, quando a pessoa não o faz sozinha.



Fonte: Diogo & Moura. [s.d.]

Alimentação rica e equilibrada prevenindo a desnutrição.

Adaptar a consistência dos alimentos à pessoa.

Incentivar a ingestão de água.

## Guia -Prevenção de úlceras de pressão



Fonte: Diogo & Moura. [s.d.]

Ensino clínico: [REDACTED]  
Cristina Isabel Raposo Domingues  
7°CMER-ESEL, nº6698

Fevereiro de 2017

### Referências Bibliográficas:

Diogo, A.R. & Moura, M. [s.d.]. Manual do Cuidador: Prevenção de Úlceras por Pressão. Atores: Direção Regional da Solidariedade Social.

Ordem dos Enfermeiros (2013). Cuidados à pessoa com alteração da mobilidade—posicionamentos, transferências e treino de deambulação. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Menota, E.C. (2012). Reabilitar a pessoa idosa com AVC. Loures: Lusociência.

## Úlcera de Pressão

Podem aparecer quando o corpo está fragilizado.

Pessoas acamadas, em cadeira de rodas ou que não movam a cabeça, braços e pernas têm maior risco de úlcera de pressão.

Zonas com pouco tecido adiposo (gordura) e com osso saliente, são de maior risco.

## Quem tem risco de úlcera de pressão?

Pessoas de idade avançada;

Pessoas emagrecidas,

Quem está muito tempo na mesma posição;

Quem não sente parte do corpo;

Incontinência (contato da urina/fezes na pele);

Pessoas com nível baixo de consciência (mais sonolentas);

Estado geral de saúde debilitado por doenças cardíacas, respiratórias, diabetes...

## Zonas de maior pressão



Fonte: Diogo & Moura. [s.d.]

### Barriga para cima (decúbito dorsal):

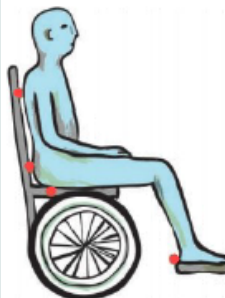
- Zona posterior da cabeça (“nuca”);
- Omoplatas (zona atrás do ombro);
- Cotovelos;
- Sacrococcígea (“rabo”);
- Calcanhares;



Fonte: Diogo & Moura. [s.d.]

### Deitado de lado:

- Orelha;
- Trocânter (“anca”);
- Ombro;
- Joelho face externa;
- Costelas;
- Maléolo (“tornozelo”);
- Cotovelo;
- Zona lateral do pé;



Fonte: Diogo & Moura. [s.d.]

### Sentado:

- Omoplatas;
- Ossos da bacia;
- Sacro (“rabo”);
- Calcanhares;
- Planta do pé;

## Como prevenir?

1. Ver a pele durante a higiene ou quando muda de posição;
2. Se vir uma zona vermelha aliviar a pressão;
3. Atenção às zonas sujeitas a mais pressão;
4. Pele deve estar limpa e seca;
5. Higiene diária com água morna e sabão neutro.
6. Ao lavar ou limpar a pele não fazer fricção e usar toalha suave;
7. Hidratar a pele sem massajar onde o osso é mais saliente ou zonas vermelhas;
8. Quando há presença de urina ou fezes, limpar e secar bem a pele logo que possível;
9. Roupa da cama limpa, seca e esticada.

## Posicionar

Alivia as zonas de pressão com o colchão, cadeira ou almofada;



**Decúbito dorsal**  
“barriga para cima”

Fonte: Ordem dos Enfermeiros (2013)

Apêndice XII – Plano de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação III

# Plano de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação III

## 1. Identificação

<b>Nome</b>	A.J.R.	<b>Sexo</b>	Masculino
<b>Data Admissão na ECCI</b>	20-11-2016		
<b>Motivo de Internamento</b>	Insuficiência Renal Crónica; Diabetes Mellitus tipo II; Hipertensão arterial. Agudização da doença crónica com internamento em Setembro de 2016 o que conduziu a um síndrome de imobilidade, encontrando-se mais dependente nas atividades de vida diária, tendo a filha solicitado apoio de reabilitação no domicílio.		

## 2. Avaliação Inicial

<b>Estado de Consciência</b>	Consciente, orientado no espaço e na pessoa, com períodos de desorientação no tempo.				
<b>Peso</b>	80kg	<b>Altura</b>	1,70m	<b>IMC</b>	27,7
<b>Sinais Vitais</b>	<b>Pulso</b>	79bpm			
	<b>TA</b>	128/72mmhg			
	<b>FR</b>	18 cpm			
	<b>Dor</b>	0-2 segundo a escala numérica.			

Encontra-se eupneico. Tórax sem alterações, com simetria torácica, sem deformações, alterações cutâneas. Padrão respiratório com ventilação espontânea, simétrica com uma respiração tipo mista (toraco-abdominal), regular e semi-profunda, com uma frequência respiratória com cerca de 18 cpm. Na auscultação pulmonar, murmúrio vesicular em ambos os campos pulmonares. Sem tosse presente e sem secreções.

Apresenta tensão arterial na ordem dos 128/72mmhg, frequência cardíaca de 79 bpm. Episódio único de dor moderada a nível da articulação da escapulo-umeral direita que agrava com o movimento (região de colocação de catéter de hemodiálise), pelo que foi solicitada colaboração de equipa médica de hemodiálise para despiste de complicações, tendo sido controlada dor e sem sinais de complicações observadas. Não apresenta sinais de compromisso neuro circulatório.

Pele íntegra sem feridas ou úlceras por pressão.

## 2.1. Fatores condicionantes básicos

<b>Idade</b>	69 anos
<b>Raça</b>	Caucasiana
<b>Nacionalidade</b>	Portuguesa
<b>Escolaridade</b>	4º Ano.
<b>Situação Laboral</b>	Reformado, ex-funcionário da Lisnave.
<b>Agregado Familiar</b>	Viúvo e reside com os dois filhos maiores de idade.
<b>Cuidador</b>	Filha com cerca de 29/30 anos.
<b>Condições Habitacionais</b>	1º Andar sem elevador. Divisões da casa reduzidas em termos de área, corredor comprido e estreito, largura das portas reduzida nomeadamente da casa de banho que com andarilho tem que entrar de lado. A frente da casa é junto a uma estrada principal com tráfego intenso e sem passeio para pedestres.
<b>Hábitos Vida Diários</b>	Já necessitava de ajuda de terceiros anteriormente ao internamento mas conseguia deambular com bengala e ia por vezes ao café.
<b>Serviços/Produtos de apoio</b>	Apoio para a higiene e alimentação. Produtos: Canadianas, andarilho, cadeira de rodas, bengala.

## 2.2. Requisitos de autocuidado no desvio de saúde

<b>Antecedentes pessoais:</b>	HTA desde os 45 anos de idade; Diabetes Mellitus insulino-tratado desde os 25 anos de idade; Insuficiência Renal em programa de hemodiálise desde há três meses (3ª,5ª,sábado) por catéter de hemodiálise na subclávia direita. Tem fístula arteriovenosa recente no antebraço esquerdo. Fibrilação auricular com resposta ventricular controlada; Diminuição da acuidade auditiva (usa um aparelho auditivo em cada ouvido) e acuidade visual (uso de próteses oculares); Prótese da anca direita desde há 20 anos e foi substituída em Maio de 2015;
<b>Alergias:</b>	Sem alergias conhecidas.

<b>Terapêutica Habitual:</b>	Trosopt; Buspirona 10 mg; Olanzapina 5 mg; Pregabalina 50; Sulpirida 50; Omeprazol 20 mg; Sinvastatina 20 mg; Vitaminas do Complexo B; Cálcio; Insulina Glulisina 100; Maltofer; Tazodona 150; Acido Fólico; Insulina Glargina 100. Iniciou posteriormente toma de Risperidona e Sertralina.
------------------------------	--

### 2.3. Requisitos de autocuidado de desenvolvimento

<b>História Doença Atual</b>	Situação de agudização das doenças crónicas relatadas. Sem outras informações a acrescentar sobre o episódio de internamento descrito em Setembro de 2016.
------------------------------	--

Atualmente permanece a maioria do tempo em casa principalmente com a filha. Raramente sai do domicílio apenas quando vai realizar sessão de hemodiálise ou em caso de consulta médica. Maioria do tempo é despendido entre a cama e a cadeira de rodas, aquando a visita encontra-se na cama, mas levanta-se para as refeições com ajuda da filha. Não tem nenhuma atividade lúdica.

## 2.4. Requisitos de autocuidado Universais

Requisito	Padrão Anterior	Padrão Atual	Diagnóstico/ Sistema de Enfermagem
Manutenção de inspiração de ar suficiente	Eupneico (segundo a filha).	Encontra-se eupneico. Tórax sem alterações, com simetria torácica, sem deformações, alterações cutâneas. Padrão respiratório com ventilação espontânea, simétrica com uma respiração tipo mista (toraco-abdominal), regular e semi-profunda, com uma frequência respiratória com cerca de 18 cpm. Sem tosse presente e sem secreções.	Sem déficit de autocuidado.
Manutenção da ingestão suficiente de água	Ingeria água de forma autônoma, sem dificuldades na deglutição.	Não ingere água de forma autônoma, tem que ser oferecido. Sem alterações da deglutição.	<u>Sistema de enfermagem de apoio- educação.</u>
Manutenção da ingestão suficiente de alimentos	Sem disfagia. Sem limitações na mastigação. Alimentava-se de forma autônoma, mas não preparava refeições. Uso de próteses dentárias superior e inferior.	Sem alterações da deglutição. Necessita que lhe preparem os alimentos, necessitando ajuda no processo de alimentação.	<u>Sistema de enfermagem de apoio- educação.</u>
Promoção dos cuidados associados com a eliminação	Continente a nível vesical e intestinal.	Mantem continência de esfíncteres necessita de ajuda para realizar a ação de eliminação vesical e intestinal, nomeadamente o uso do urinol e mobilização até à casa de banho	<u>Sistema de enfermagem de apoio- educação.</u>
Manutenção do equilíbrio entre atividade e descanso	Estilo de vida sedentário apenas saía por vezes para ir ao café, ficando o restante tempo em casa. Dormia no período noturno cerca de 6 a 7 horas e à tarde 1/2 horas.	Encontra-se a maioria do tempo em casa entre a cadeira de rodas e a cama. Dorme mal, apesar de com recurso a medicação, principalmente nos dias da hemodiálise que tem o horário da tarde, chegando por vezes à meia-noite a casa. Alteração da mobilidade por internamento prolongado tendo em conta doenças associadas.	<u>Sistema totalmente compensatório e de apoio-educação.</u>

<b>Manutenção do equilíbrio entre a solidão e a interação social</b>	Viúve reside com os dois filhos maiores de idade. Interação social reduzida, limitava-se à ida ao café.	Mantém situação anterior, sendo que não se desloca ao café, à altura da alta não o faz por vontade própria, apesar de que já consegue descer as escadas até à rua.	<b><u>Sistema parcialmente compensatório e de apoio-educação.</u></b>
<b>Prevenção dos riscos para a vida humana, o funcionamento humano e o bem-estar humano</b>	Necessitada de ajuda parcial, sendo que deambulava com bengala.	Risco de quedas. Equilíbrio corporal instável.	<b><u>Sistema totalmente compensatório e de apoio-educação.</u></b>
<b>Promoção do funcionamento do homem dentro dos grupos sociais conforme o potencial humano, as limitações do homem e o desejo do homem ser normal</b>	Dependência moderada nas atividades básicas de vida diária	Objetivo de recuperar/manter as capacidades funcionais agora limitadas.	<b><u>Sistema totalmente compensatório e de apoio-educação.</u></b>

### 3. Avaliação Funcional

#### 3.1. Escala de Barthel (Atividades básicas de vida diárias)

Índice de Barthel		
Parâmetros	Avaliação	
	30/11	2/2
<b>Alimentação</b> 10 Independente 5 Precisa de alguma ajuda (cortar os alimentos) 0 Dependente	0	5
<b>Transferências</b> 0 = Incapaz - não tem equilíbrio ao sentar-se 5 = Grande ajuda (uma ou duas pessoas) física, consegue sentar-se 10 = Pequena ajuda (verbal ou física) 15 = Independente (não necessita qualquer ajuda, mesmo que utilize cadeira de rodas)	5	10
<b>Higiene pessoal</b> 0 = Necessita de ajuda com o cuidado pessoal 5 = Independente no barbear, dentes, rosto e cabelo (utensílios fornecidos)	0	0
<b>Ir à casa de banho</b> 0 = Dependente 5 = Necessita de ajuda mas consegue fazer algumas coisas sozinho 10 = Independente (senta-se, levanta-se, limpa-se e veste-se sem ajuda)	0	5
<b>Tomar banho</b> 0 = Dependente 5 = Independente (lava-se no chuveiro/ banho de emersão/ usa a esponja por todo o corpo sem ajuda)	0	0
<b>Mobilidade</b> 0 = Imobilizado 5 = Independente na cadeira de rodas incluindo cantos, etc. 10 = Anda com ajuda de uma pessoa (verbal ou física) 15 = Independente (mas pode usar qualquer auxiliar, ex.: bengala)	0	10
<b>Subir e descer escadas</b> 0 = Incapaz 5 = Necessita de ajuda (verbal, física, transporte dos auxiliares de marcha) ou supervisão 10 = Independente (subir / descer escadas, com apoio do corrimão ou dispositivos ex.: muletas)	0	5
<b>Vestir</b> 0 = Dependente 5 = Necessita de ajuda, mas faz cerca de metade sem ajuda 10 = Independente (incluindo botões, fechos e atacadores)	0	0
<b>Evacuar</b> 0 = Incontinente (ou necessita que lhe sejam aplicados clisteres) 5 = Episódios ocasionais de incontinência (uma vez por semana) 10 = Contínente (não apresenta episódios de incontinência)	10	10
<b>Urinar</b> 0 = Incontinente ou algaliado 5 = Episódios ocasionais de incontinência (máximo uma vez em 24 horas) 10 = Contínente (por mais de 7 dias)	10	10
Total/Score	25	55
100 Totalmente independente	50-26 Dependência severa	
76-99 Dependência leve	<25 Dependência total	
51-75 Dependência moderada		

Primeira avaliação, dependência em grau elevado (30/11/2016) nas atividades de vida diárias, posteriormente evoluiu no sentido positivo para uma dependência em grau moderado (02/02/2017).

### 3.2. Escala de Braden

Escala de Braden	30/11/2016	2/2/2017	
<b>Percepção sensorial</b> (Capacidade de reação significativa ao desconforto)			
1- Completamente limitado			
2- Muito limitado	2	3	
3- Ligeiramente limitado			
4- Nenhuma limitação			
<b>Humidade</b> (Nível de exposição da pele à humidade)			
1- Pele constantemente húmida			
2- Pele muito húmida	3	3	
3- Pele ocasionalmente húmida			
4- Pele raramente húmida			
<b>Atividade</b> (Nível de atividade física)			
1- Acamado			
2- Sentado	2	3	
3- Anda ocasionalmente			
4- Anda frequentemente			
<b>Mobilidade</b> (Capacidade de mudar e controlar posição corporal)			
1- Completamente imobilizado			
2- Muito limitado	2	3	
3- Ligeiramente limitado			
4- Nenhuma limitação			
<b>Nutrição</b> (Alimentação habitual)			
1- Muito pobre			
2- Provavelmente inadequada	3	3	
3- Adequada			
4- Excelente			
<b>Fricção e forças de deslizamento</b>			
1- Problema			
2- Problema potencial	1	2	
3- Nenhum problema			
<b>Pontuação total:</b>	<b>13</b>	<b>17</b>	
<b>Sem problema</b> – 22 – 23 – Sem risco; <b>Grau reduzido</b> – 18 – 21 – Baixo risco; <b>Grau moderado</b> – 13 – 17 Risco moderado; <b>Grau elevado</b> – 9 – 12 - Risco elevado; <b>Grau muito elevado</b> – 6-8 – Risco muito elevado;			

30/11/2016: Risco de úlcera de pressão em moderado (Score 13);

2/02/2017: Risco de úlcera de pressão em grau moderado (Score 17).

### 3.3. Escala de Morse

	ITEM	Valor	30/11	2/2
Historial de quedas no internamento, urgência ou nos últimos 3 meses	Sim	25		
	Não	0	X	X
Diagnostico secundário	Sim	15	X	X
	Não	0		
Ajuda para caminhar	Nenhum/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas Apoia-se no mobiliário para andar	0		
	Muletas/canadianas/bengala/andairilho Apoia-se no mobiliário para andar	15	X	X
		30		
Terapia intravenosa/cateter periférico com obturador/heparina	Sim	20		
	Não	0	X	X
Postura no andar e na transferência	Normal/acamado/imóvel	0		
	Debilidado	10		
	Dependente de ajuda	20	X	X
Estado mental	Consciente das suas capacidades	0		
	Esquece-se das suas limitações	15	X	X
<b>Sem risco (0-24)</b>				
<b>Baixo risco (25-50)</b>				
<b>Alto risco (&gt;50)</b>				
<b>Total</b>			<b>65</b>	<b>65</b>

30/11/2016: Risco elevado de queda, com Score de 65 pela Escala de Morse;

02/02/2017: Risco elevado de queda, com Score de 65 pela Escala de Morse.

### 3.4. Avaliação da força muscular (*Medical Research Council scale - MRC*)

Avaliação Força Muscular – <i>Medical Research Council (MRC) scale</i> Hemicorpo esquerdo (30/12/2016)									
	Flexão/ Extensão	Abdução/ Adução	Rotação Interna/ Externa	Circundação	Lateralização direita/ esquerda	Desvio radial/ Cubital	Supinação/ Pronação	Oponência do polegar	Inversão/ Eversão
Cervical	4/5		4/5		4/5				
Escapulo- umeral	4/5	4/5	4/5						
Cotovelo	3/5								
Antebraço							3/5		
Punho	3/5			3/5		3/5			
Dedos	3/5	3/5		3/5				3/5	
Coxo femoral	3/5	3/5	3/5						
Joelho	3/5								
Tibiotársica	3/5			3/5					3/5
Dedos	3/5	3/5		3/5					

Avaliação Força Muscular – <i>Medical Research Council (MRC) scale</i>									
Hemicorpo direito (30/12/2016)									
	Flexão/ Extensão	Abdução/ Adução	Rotação Interna/ Externa	Circundação	Lateralização direita/ esquerda	Desvio radial/ Cubital	Supinação/ Pronação	Oponência do polegar	Inversão/ Eversão
Cervical	4/5		4/5		4/5				
Escapulo- umeral	4/5	4/5	4/5						
Cotovelo	3/5								
Antebraço							3/5		
Punho	3/5			3/5		3/5			
Dedos	3/5	3/5		3/5				3/5	
Coxo femoral	3/5	3/5	3/5						
Joelho	3/5								
Tibiotársica	3/5			3/5					3/5
Dedos	3/5	3/5		3/5					

### 3.5. Tônus Muscular (Escala de Ashworth Modificada).

Não se observa aumento do tônus muscular nos diferentes segmentos corporais.

### 3.6. Tinetti Balance and Gait Test <sup>1</sup>

#### Teste de equilíbrio

1) Equilíbrio sentado:	(0) Inclina-se ou desliza na cadeira <b>(1) Estável, seguro</b>
2) Levanta-se da cadeira:	<b>(0) Incapaz sem ajuda</b> <b>(1) Capaz, usa membros superiores para auxiliar</b> (2) Capaz sem usar membros superiores
3) Tentativas para se levantar:	<b>(0) Incapaz sem ajuda</b> (1) Capaz, requer mais de uma tentativa <b>(2) Capaz de se levantar, uma tentativa</b>
4) Equilíbrio de pé imediato (primeiros 5 segundos)	<b>(0) Instável (cambaleia, move os pés, oscila o tronco)</b> <b>(1) Estável, mas usa dispositivo de auxílio à marcha</b> (2) Estável sem dispositivo de auxílio
5) Equilíbrio de pé:	<b>(0) Instável</b> <b>(1) Instável, mas aumenta a base de suporte (entre os calcanhares &gt; 10 cm de afastamento) e usa dispositivo de auxílio</b> (2) Diminuição da base sem dispositivo de auxílio
6) Desequilíbrio no esterno (sujeito na posição de pé com os pés o mais próximo possível, o examinador empurra suavemente o sujeito na altura do esterno com a palma da mão 3 vezes seguidas:	<b>(0) Começa a cair</b> <b>(1) Cambaleia, agarra-se e segura-se em si mesmo</b> (2) Estável
7) Olhos fechados:	<b>(0) Instável</b> (1) Estável
8) Girar 360°	<b>(0) Instabilidade (agarra-se, cambaleia)</b> (1) Passos descontinuados (2) Continuidade
9) Sentar-se:	<b>(0) Inseguro (não avalia bem a distância, cai na cadeira)</b> <b>(1) Usa os braços ou não tem movimentos suaves</b> (2) Seguro, movimentos suave
<b>Score de equilíbrio</b>	<b>1/16 (30/12/2016); 8/16 (2/2/2017)</b>

<sup>1</sup> <http://ptclinic.com/websites/991/files/TinettiBalanceAndGaitAssessment.pdf>  
Silva, A., Almeida, G.J.M., Cassilhas, R.C., Cohen, M., Peccin, M.S., Tufik, S. & Mello, M.T. (2008). Equilíbrio, Coordenação e Agilidade de Idosos Submetidos à Prática de Exercícios Físicos Resistidos. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*. 14(2), p 88-93. DOI: 10.1590/S1517-86922008000200001

### Teste de marcha

1) Iniciação da marcha:	(0) Imediato e após o comando Vá (qualquer hesitação ou múltiplas tentativas para iniciar) (1) Sem hesitação
2) Comprimento e altura do passo:	a) Perna D em balanceio: (0) Não passa o membro E (1) Passa o membro E (0) Pé D não se afasta completamente do solo com o passo (1) Pé D se afasta completamente do solo b) Perna E em balanceio (0) Não passa o membro D (1) Passa o membro D (0) Pé E não se afasta completamente do solo com o passo (1) Pé E se afasta completamente do solo
3) Simetria do passo:	(0) Passos D e E desiguais (1) Passos D e E parecem iguais
4) Continuidade do passo:	(0) Parada ou descontinuidade entre os passos (1) Passos parecem contínuos
5) Desvio da linha reta (distância aproximada de 3 m X 30 cm):	(0) Desvio marcado (1) Desvio leve e moderado ou usa dispositivo de auxílio à marcha (2) Caminha em linha reta sem dispositivo de auxílio
6) Tronco:	(0) Oscilação marcada ou usa dispositivo de auxílio à marcha (1) Sem oscilação, mas com flexão de joelhos ou dor lombar ou afasta os braços enquanto anda (2) Sem oscilação, sem flexão, sem uso dos braços ou de dispositivo de auxílio à marcha
7) Base de apoio:	(0) Calcanhares afastados (1) Calcanhares quase se tocando durante a marcha
<b>Score de marcha</b>	<b>2/12 (30/12/2016); 8/12 (2/2/2017)</b>

O Total das duas avaliações é de 3 a 30/12/2017 e de 16 a 2/2/2017. Segundo a avaliação da escala utilizada representa alto risco de queda, e um equilíbrio instável, no entanto houve melhorias em determinados aspetos que a escala avalia aumentando o resultado da avaliação.

Mantém equilíbrio estático e dinâmico sentado na cama e cadeira de rodas, com oscilação do tronco. Em pé apresenta equilíbrio estático e dinâmico instável, demabula com andarilho (30/12/2016). Na altura da alta 2/2/2017, mantém equilíbrio estático e dinâmico sentado, em pé apresenta equilíbrio estático mantido sem auxiliar de marcha e dinâmico instável. Marcha estável com andarilho e instável com duas canadianas. Sobe e desce escadas com uma canadiana num braço e outro apoia no corrimão com ajuda de terceiros.

## 1. Plano de Cuidados

Diagnóstico de Enfermagem	Objetivo	Intervenções de enfermagem de reabilitação	Avaliação
<p>Risco de queda elevado, relacionado com mobilidade comprometida manifestado por <i>score</i> de 65 na Escala de <i>Morse</i>.</p>	<p>Ensinar estratégias e medidas preventivas de quedas ao utente e filha que é a cuidadora principal.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorizando o risco de queda através da Escala de <i>Morse</i>;</li> <li>• Esclarecendo a pessoa e cuidador sobre as suas limitações funcionais, técnicas de posicionamento a adotar, cuidados com o levante, marcha e subida/descida de escadas.</li> <li>• Gerindo o ambiente físico (mantendo zonas de circulação o mais livre possível, sem tapetes e obstáculos, tendo em conta sempre a vontade da pessoa, explicando a importância da medida);</li> <li>• Vigiar a ação da pessoa (estado de consciência, orientação, atenção e compreensão);</li> <li>• Ensinando medidas de segurança como deambular com recurso à canadiana/andarilho de forma a aumentar a base de sustentação.</li> <li>• Realizando treino de equilíbrio estático e dinâmico e treino de marcha.</li> </ul>	<p><b>30/11/2016-2/2/2017</b></p> <p>Pessoa calma, consciente e orientada no espaço e pessoa, com alguns períodos de desorientação temporal, apesar de que sabe sempre os dias a que vai à hemodíalise, com capacidade de compreensão. Explicada a importância do recurso a meios auxiliares de marcha de forma a aumentar a base de sustentação, garantindo mais estabilidade e consequentemente mais confiança para deambular. Recorre sempre ao uso de andarilho para a marcha, sendo que foi realizado treino de marcha com duas canadianas que é possível mas sozinho sente-se mais confortável com recurso ao andarilho. Sobe e desce escadas com uma canadiana e supervisão de uma pessoa à altura da alta. Dado ênfase para garantir uma zona de passagem livre de obstáculos e tapetes de forma a prevenir possíveis quedas. Apesar de pequenas as divisões encontram-se minimamente</p>

		<ul style="list-style-type: none"><li>• Realizando registos de enfermagem de reabilitação.</li></ul>	<p>livres ao que refere à passagem para a deambulação e cadeira de rodas do utente.</p> <p>Até à data da alta sem quedas presentes no domicílio. Deambula em casa com recurso do auxiliar de marcha (andarilho), não sai à rua normalmente por vontade própria apenas o faz com os bombeiros para ir à hemodiálise, sendo que à altura da alta desce com supervisão do bombeiro escadas com uma canadiana. Realizado ensino para o uso adequado do andarilho e canadianas na marcha e na subida e descida de escadas à filha e utente, com <i>feedback</i> positivo por parte da filha, utente com dificuldades de memorizar o ensinado. À altura da alta mantém risco de queda elevado de score 65 na escala de morse. Realizados registos de enfermagem de reabilitação em cada visita realizada. Assim como realizados registos na plataforma da RNCCI aquando a avaliação mensal e alta.</p>
--	--	--	--

Diagnóstico de Enfermagem	Objetivo	Intervenções de enfermagem de reabilitação	Avaliação
<p>Risco de úlcera de pressão presente em grau moderado, relacionado com mobilidade comprometida manifestado por <i>score</i> de 13 na Escala de <i>Braden</i>.</p>	<p>Ensinar estratégias e medidas preventivas de úlceras por pressão ao utente e filha que é a cuidadora principal. Manter a integridade cutânea.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorizando e avaliando o risco de úlcera de pressão pela Escala de <i>Braden</i>;</li> <li>• Informando e ensinando à cuidadora a importância em vigiar a pele do familiar diariamente na higiene ou quando altera de posição.</li> <li>• Ensinando e informando da importância em proteger a pele de líquidos orgânicos;</li> <li>• Ensinando a cuidadora sobre o alívio zonas de pressão (alternar decúbitos – 3/3 horas, uso de almofadas para aliviar zonas de pressão, roupa da cama sem vincos, evitar forças de fricção e deslizamento).</li> <li>• Instruindo à cuidadora a importância em hidratar a pele sem massajar zonas de proeminências ósseas ou zonas ruborizadas;</li> <li>• Elucidando a cuidadora a vigiar sinais de úlcera de pressão (zonas ruborizadas e ao observar aliviar a pressão nesse local);</li> <li>• Informando a cuidadora para anotar qualquer alteração observada para nossa avaliação posterior, ou em caso de dúvida para entrar em contato com a equipa.</li> <li>• Realizando registos de enfermagem de reabilitação.</li> </ul>	<p><b>30/11/2016-2/2/2017</b></p> <p>Utente à primeira visita sem sinais de feridas presentes e sem sinais de úlceras por pressão presentes. Foram realizadas intervenções descritas anteriormente, nomeadamente os ensinamentos à cuidadora com resposta e compreensão adequada da mesma. Na altura da alta utente não desenvolveu qualquer ferida nem úlcera por pressão durante o nosso acompanhamento, mantém valor referente a risco moderado de úlcera de pressão segundo a escala de <i>Braden</i> à altura da alta com valor de 17.</p>

Diagnóstico de Enfermagem	Objetivo	Intervenções de enfermagem de reabilitação	Avaliação
<p>Mobilidade comprometida relacionada com agudização de doenças crônicas e internamento prolongado (acamado), manifestado por diminuição da força muscular nos diferentes segmentos (conforme valores referidos segundo a MRC).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promover o aumento da força muscular.</li> <li>• Prevenir complicações associadas à imobilidade.</li> <li>• Ensinar exercícios de aumento da força muscular ao utente e filha.</li> <li>• Ensinar à filha e a importância da realização dos mesmos exercícios para prevenir complicações e para manter a força muscular e mobilidade das articulações.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorizando a força muscular pela MRC;</li> <li>• Vigiar a mobilidade;</li> <li>• Vigiar e monitorizar o tônus muscular;</li> <li>• Vigiar a amplitude articular;</li> <li>• Executando exercícios músculo-esqueléticos articulares ativos assistidos e resistidos dos membros superiores (oposição do polegar; Flexão/extensão e adução/abdução dos dedos; desvio radial/cubital e flexão/extensão do punho; pronação/supinação antebraço; flexão/extensão do cotovelo; flexão/extensão, adução/abdução; rotação interna/externa do ombro), auto mobilização dos membros superiores no leito ou na posição de sentado. – Duas séries de dez repetições (respeitando sempre a amplitude do movimento e o limiar da dor da pessoa).</li> <li>• Executando exercícios músculo-esqueléticos articulares ativos assistidos e resistidos dos membros inferiores (Flexão/Extensão, Abdução/Adução e rotação interna e externa da coxofemoral; Flexão/Extensão do joelho; Flexão plantar e dorsal, com inversão e eversão da</li> </ul>	<p><b>30/11/2016-2/2/2017</b></p> <p>Foi monitorizada a força muscular tendo sido já descrita anteriormente. Sem dor associada aos movimentos efetuados, com amplitude articular reduzida já decorrente das comorbidades associadas e tônus muscular normal em ambos os hemisférios. Mobilização dos dedos e uso de estratégias de excitação como pinçar molas da roupa umas nas outras; Realizados exercícios descritos em intervenções de enfermagem para os membros superiores inicialmente sem resistência/carga associada e na altura da alta com recurso a uma garrafa de água de 50ml em cada mão; Realizados exercícios descritos em intervenções de enfermagem para os membros inferiores inicialmente sem resistência/carga associada e na posição de sentado, na altura da alta com recurso a resistência como um pacote de 1kg de arroz sentado ou resistência das nossas mãos/filha. Os exercícios foram também realizados em pé apoiado a um móvel estável primeiro encostado e posteriormente sem estar encostado, recorrendo a movimentos de adução/abdução da coxofemoral, flexão e extensão do joelho só e com flexão</p>

		<p>tibiotársica; Flexão/Extensão e adução e abdução dos dedos) – Duas séries de dez repetições (respeitando sempre a amplitude do movimento e o limiar da dor da pessoa).</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Instruindo e treinando técnica de exercício muscular e articular com o utente e filha;</li><li>• Incentivando a realização dos exercícios efetuados aquando a nossa ausência de manhã e à tarde pela parte da filha.</li><li>• Reforçando ensinios ao cuidador de forma a estimular a pessoa a realizar os exercícios e atividades ao longo do dia de forma autónoma;</li><li>• Validando aprendizagem de técnicas de exercício muscular e articular;</li><li>• Executando registos em programa informático <i>Sclinic</i> e na plataforma da RNCCI;</li></ul>	<p>e extensão da coxofemoral, elevar os calcanhares e depois as pontas dos dedos, agachamento agarrado com as duas mãos.</p> <p>Os exercícios foram sendo introduzidos faseadamente sendo que ao início realizada 10 repetições e na altura da alta 15 repetições, os mesmos foram sempre realizados na presença da filha que demonstrou <i>feedback</i> positivo em relação aos mesmos.</p> <p>Compreensão dos ensinios efetuados por parte da filha e utente ao longo das visitas conseguia ir reproduzindo alguns exercícios da visita anterior.</p> <p>Mantiveram-se cuidados de reabilitação e reforço de ensinios já referidos ao longo das visitas, sendo que todos os exercícios foram realizados sempre com supervisão e apoio.</p> <p>Entregue suporte de imagens em papel com validação com a filha do exemplificado à altura da alta.</p> <p>Realizados registos de enfermagem de reabilitação em cada visita realizada. Assim como realizados registos na plataforma da RNCCI aquando a avaliação mensal.</p>
--	--	--	--

Avaliação Força Muscular – Medical Research Council (MRC) scale									
Hemicorpo esquerdo (2/2/2017)									
	Flexão/ Extensão	Abdução/ Adução	Rotação Interna/ Externa	Circundação	Lateralização direita/ esquerda	Desvio radial/ Cubital	Supinação/ Pronação	Oponência do polegar	Inversão/ Eversão
Cervical	4/5		4/5		4/5				
Escapulo- umeral	4/5	4/5	4/5						
Cotovelo	4/5								
Antebraço							4/5		
Punho	4/5			4/5		4/5			
Dedos	4/5	4/5		4/5				4/5	
Coxo femoral	4/5	4/5	4/5						
Joelho	4/5								
Tibiotársica	4/5			4/5					4/5
Dedos	4/5	4/5		4/5					

Avaliação Força Muscular – Medical Research Council (MRC) scale									
Hemicorpo direito (2/2/2017)									
	Flexão/ Extensão	Abdução/ Adução	Rotação Interna/ Externa	Circundação	Lateralização direita/ esquerda	Desvio radial/ Cubital	Supinação/ Pronação	Oponência do polegar	Inversão/ Eversão
Cervical	4/5		4/5		4/5				
Escapulo- umeral	4/5	4/5	4/5						
Cotovelo	4/5								
Antebraço							4/5		
Punho	4/5			4/5		4/5			
Dedos	4/5	4/5		4/5				4/5	
Coxo femoral	3/5	3/5	3/5						
Joelho	4/5								
Tibiotársica	4/5			4/5					4/5
Dedos	4/5	4/5		4/5					

Diagnóstico de Enfermagem	Objetivo	Intervenções de enfermagem de reabilitação	Avaliação
<p>Equilíbrio corporal comprometido relacionado com mobilidade comprometida, manifestado por equilíbrio estático e dinâmico de pé instável com <i>score</i> de 3 segundo <i>Tinetti Balance and Gait Test</i>.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promover e manter a mobilidade e amplitude articular,</li> <li>• Promover treinando o equilíbrio corporal estático e dinâmico sentado e em pé.</li> <li>• Realizar treino de marcha;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vigiando e avaliando o equilíbrio corporal;</li> <li>• Ensinando técnicas de treino de equilíbrio estático e dinâmico (correção postural em frente ao espelho e oscilação do tronco frontal, lateral sentado; treino de marcha com andarilho, duas canadianas e uma canadiana);</li> <li>• Informando sobre as técnicas de treino de equilíbrio estático e dinâmico;</li> <li>• Informando sobre a utilização de equipamento auxiliar de marcha para aumentar a base de sustentação (andarilho/canadianas);</li> <li>• Treinando técnicas de treino de equilíbrio estático e dinâmico;</li> <li>• Validando o conhecimento e aprendizagem sobre técnicas de treino de equilíbrio estático e dinâmico;</li> <li>• Executando registos em programa informático <i>Scliclinic</i> e na plataforma da RNCCI;</li> </ul>	<p><b>30/11/2016-2/2/2017</b></p> <p>Apresenta equilíbrio estático e dinâmico sentado estável, mas com equilíbrio estático e dinâmico de pé instável, apoia-se no andarilho para deambular pela casa. Não se levanta sozinho da cama ou da cadeira de rodas para iniciar a marcha. Realizados exercícios de treino de equilíbrio sentado com oscilação do tronco para a frente e para trás e alternância do peso em cada cotovelo. Realizados exercícios isocinéticos dos membros inferiores (flexão/extensão do joelho e coxofemoral; adução/abdução da coxofemoral; agachamentos e alternância entre suporte do peso entre cada membro e entre as pontas dos dedos dos pés e calcanhares) em pé amparado com as duas mãos a um móvel estável inicialmente apoiado a nível posterior à parede e na altura da alta sem apoio posterior. Realizado treino de marcha com andarilho inicialmente, sendo gradual o treino de marcha posteriormente com duas canadianas com resposta adequada. Iniciou-se treino de escadas com uma canadiana inicialmente 3 lances de</p>

			<p>escadas e na altura da alta consegue descer a totalidade das escadas até à porta da rua.</p> <p>Todos os exercícios realizados sempre com supervisão e apoio. Efetuados ensinios à filha sendo a principal cuidadora com <i>feedback</i> positivo.</p> <p>Na altura da alta <i>score</i> de 16 (<i>Tinetti Balance and Gait Test</i>) apesar de ser um valor ainda referente a um equilíbrio instável, observa-se no utente equilíbrio estático e dinâmico estável sentado e equilíbrio estático estável em pé com andarilho e sem, mas equilíbrio instável dinâmico em pé.</p> <p>Realizados registos de enfermagem de reabilitação em cada visita realizada. Assim como realizados registos na plataforma da RNCCI aquando a avaliação mensal.</p>
--	--	--	---

Diagnóstico de Enfermagem	Objetivo	Intervenções de enfermagem de reabilitação	Avaliação
<p>Autocuidado comprometido em grau elevado relacionado com mobilidade comprometida, manifestado por dependência em grau elevado nas atividades básicas de vida diária, com um índice de <i>Barthel</i> de 25.</p>	<p>Melhorar a participação do utente nas atividades básicas de vida diária;</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informando sobre a importância em estimular o autocuidado de higiene pessoal permitindo que ajude a lavar a metade superior do corpo;</li> <li>• Validando o conhecimento do cuidador;</li> <li>• Informando e instruindo a pessoa sobre o uso de dispositivos e técnicas de transferência (cama-cadeira de rodas; cama para posição de pé);</li> <li>• Treinando técnica de transferência;</li> <li>• Assistindo na transferência;</li> <li>• Ensinando sobre o uso de técnicas de transferência;</li> <li>• Validando conhecimentos sobre o uso de técnicas de transferência;</li> <li>• Ensinando e informando a cuidadora para a preparação dos alimentos e para estimular que o utente se alimente depois sozinho;</li> <li>• Instruindo o cuidador para uma higiene oral cuidada, capacitando o utente para o mesmo (lavar e colocar e retirar a prótese dentária);</li> <li>• Validando o conhecimento do cuidador;</li> </ul>	<p><b>30/11/2016-2/2/2017</b></p> <p>Utente no início das visitas tinha uma participação fraca nas atividades básicas de vida diária. Cuidados de higiene são prestados pela equipa domiciliária de uma instituição do conselho do Seixal e são prestados no leito, sem participação do utente. Foi informada filha da importância da participação do pai nos cuidados, como lavar a metade superior do corpo mesmo durante o banho no leito. Foi também referido visto terem uma base de duche na casa de banho com altura não considerável que consoante a evolução do familiar poder-se-ia proceder ao banho no duche com recurso a um banco para que fique sentado e para que colabore mais nos cuidados de higiene, consoante sempre a vontade do utente. Á altura da alta utente com capacidade em deambular até à casa de banho e entrar na base de duche e ficando sentado no mesmo.</p> <p>Treinado com filha, sendo esta a cuidadora principal mobilização da posição de deitado para sentado na cama com carga no cotovelo e</p>

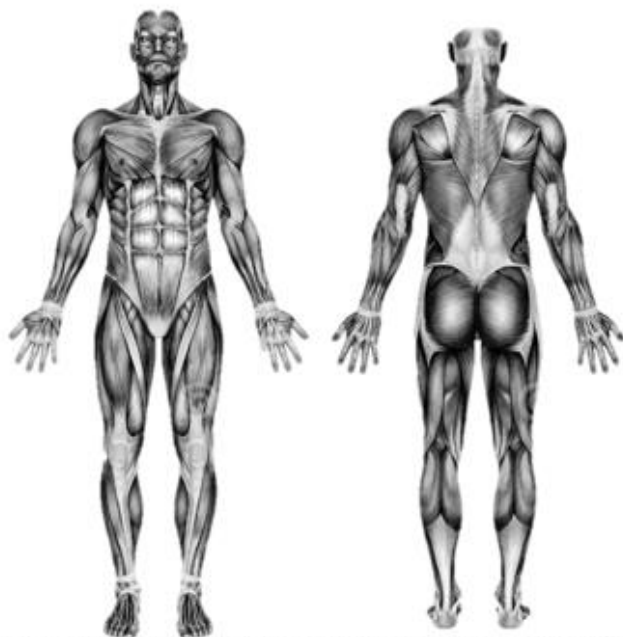
		<ul style="list-style-type: none"><li>• Ensinar e informar a importância do uso do urinol durante a noite pelo utente, não urinando na fralda, pois apresenta continência de esfíncteres e o uso da casa de banho durante o dia quer a nível urinário e intestinal;</li><li>• Treinadas as transferências e uso da casa de banho com o utente e filha.</li><li>• Validando conhecimentos do cuidador;</li><li>• Executando registos em programa informático <i>Sclinic</i> e na plataforma da RNCCI;</li></ul>	<p>transferência para posição de pé com recurso a andarilho e cadeira de rodas, com colaboração e entendimento do utente. Na primeira visita utente na maioria do tempo deitado levantando-se para cadeira de rodas, deambulava curtas distâncias. Na altura da alta faz levante da posição de sentado na cama para de pé com andarilho e deambula pela casa com andarilho de forma autónoma, necessitando de supervisão, usa apenas a cadeira de rodas na rua quando vai à hemodiálise e para ficar sentado.</p> <p>Inicialmente não se alimentava sozinho e por vezes fazia refeições no leito. À altura da alta alimenta-se sozinho e faz todas as refeições à mesa da cozinha. Ensino à filha da importância em o pai se alimentar sozinho para melhorar em termos de mobilidade e movimentos finos e para a sua sensação de autonomia preservada, assim como para dar descanso ao cuidador em determinadas tarefas. Consegue fazer a higiene oral sozinho mas muitas vezes cuidadora faz por ele, foi informada a importância de o utente fazer por ele para estimular o autocuidado e autonomia nas atividades de vida.</p>
--	--	--	---

			<p>Inicialmente uso do urinol no leito e sentado com recurso a fralda durante a noite. Na altura da alta uso de fralda à noite de proteção, sendo que urina no urinol e durante o dia deambula com andarilho à casa de banho para urinar e evacuar. Realizado ensino de transferências entre a sanita/posição de pé com andarilho/cadeira de rodas à cuidadora com colaboração do utente.</p> <p>Índice de <i>Barthel</i> de 55 à altura da alta referente a dependência em grau moderado nas atividades básicas de vida diária.</p> <p>Realizados registos de enfermagem de reabilitação em cada visita realizada. Assim como realizados registos na plataforma da RNCCI aquando a avaliação mensal.</p>
--	--	--	---

## Apêndice XIII – Guia de Exercícios Musculares

Recortado, colocado em cartolina e plastificado para agrupar em formato tipo livro de bolso.

## Guia de exercícios musculares

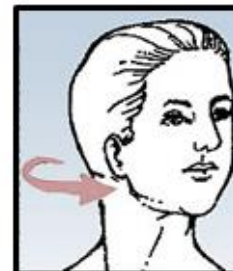


Fonte: <https://www.shirtsuancestra.com.br/2018/02/20/musculos-do-corpo-humano/>

Ensino clínico

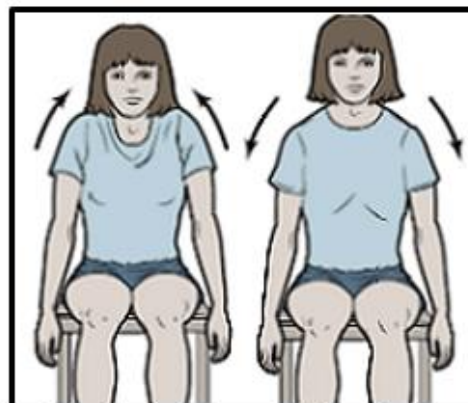
Cristina Domingues, ESEL, 7ºCMER, nº6698

## EXERCÍCIOS PARA CABEÇA E PESCOÇO



Fonte: [http://www.clinicadeckers.com.br/fisioterapia\\_exercicios.html](http://www.clinicadeckers.com.br/fisioterapia_exercicios.html)

- Mover a cabeça para a frente e para trás.
- Mover a cabeça a direita e para a esquerda.
- Rodar a cabeça para a direita e esquerda.

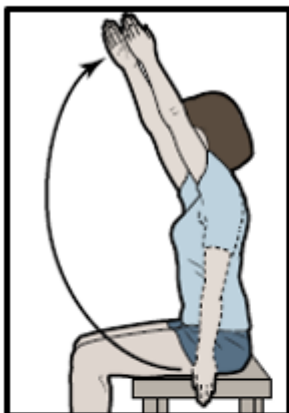


- Levantar e baixar os ombros.

Fonte: <https://www.mskcc.org/cancer-care/patient-education/arm-exercise-program>

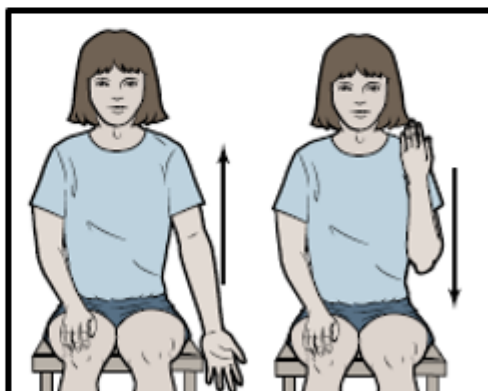
Realizar cada movimento 10 vezes, de manhã e à tarde.

## EXERCÍCIOS PARA OS BRAÇOS



- Sentado, levantar os dois braços esticados para a frente.

Fonte: <https://www.mskcc.org/cancer-care/patient-education/arm-exercise-program>



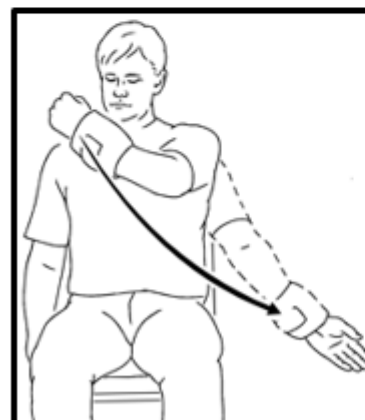
Fonte: <https://www.mskcc.org/cancer-care/patient-education/arm-exercise-program>

- Sentado, levantar os dois braços dobrando o cotovelo até a mão tocar no ombro.



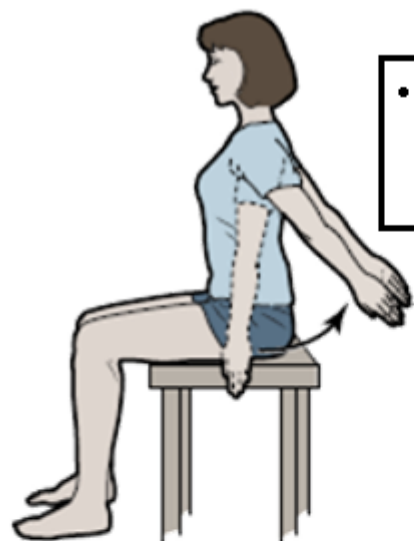
- Sentado, levantar os dois braços esticados para o lado.

Fonte: [http://www.clinicadecckers.com.br/fisioterapia\\_exercicios.html](http://www.clinicadecckers.com.br/fisioterapia_exercicios.html)



- Sentado, com a mão no ombro oposto, esticar o braço para baixo no sentido oposto.

Fonte: [http://fisioterapijoo mais.blogspot.com/2013/01/exercicios-para-reabilitacao-de-doentes\\_9.html](http://fisioterapijoo mais.blogspot.com/2013/01/exercicios-para-reabilitacao-de-doentes_9.html)



- Sentado, balançar os braços ao lado do tronco para a frente e para trás.

Fonte: <https://www.mskcc.org/cancer-care/patient-education/arm-exercise-program>

- Cada movimento deve ser repetido 10 vezes para cada braço.
- Cada exercício deverá ser feito 2 vezes por dia (manhã e tarde).
- Não devem causar dor intensa e devem ser evitados em caso de fadiga intensa.
- Podem ser feitos com recurso a 2 garrafas de água pequenas em cada mão.

## EXERCÍCIOS PARA AS PERNAS



Fonte: [http://www.clinicadeckes.com.br/foiote/foiote/pis\\_e\\_exercicios.html](http://www.clinicadeckes.com.br/foiote/foiote/pis_e_exercicios.html)



Fonte: <http://www.physiotherapyexercises.com/>

- Sentado, levantar os calcanhares do chão;
- Sentado, levantar as pontas dos dedos do chão.



Fonte: <https://www.physiotherapyexercises.com/>

- Sentado, mover a perna para a frente e voltar (como se desse um pontapé).



- Em pé com as costas direitas agarrado a um móvel estável levantar uma perna de cada vez para o lado e voltar.

Fonte: <https://www.physiotherapyexercises.com/>



- Em pé junto a um móvel estável levantar o pé para trás, dobrando o joelho e voltar.

Fonte: <https://www.physiotherapyexercises.com/>



- Em pé com as costas direitas agarrado a um móvel estável levantar o joelho para a frente em direção ao tórax.

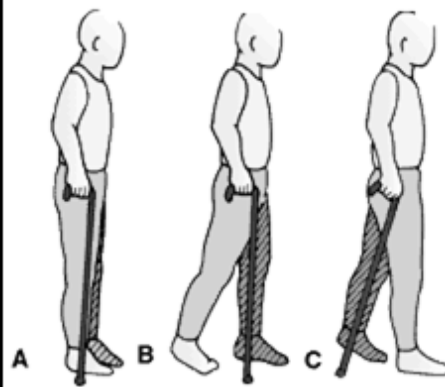
Fonte: <https://www.physiotherapyexercises.com/>



Fonte: <https://www.physiotherapyexercises.com/>

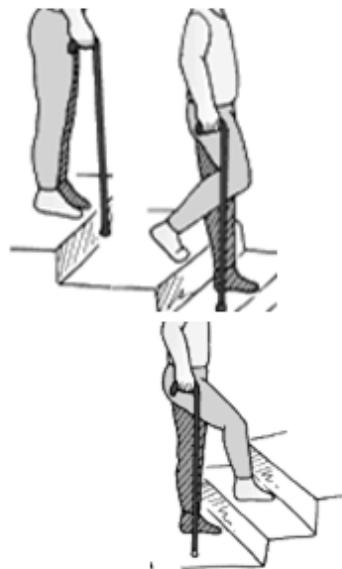
- Em pé junto a um móvel estável ficar na ponta dos pés entre 5 a 10 segundos e descansar.

- Cada movimento, 10 vezes em cada perna.
- Cada exercício, realizar 2 vezes por dia (manhã e tarde).
- Deve-se descansar e parar sempre que sentir fadiga.
- Não esforçar quando sente dor intensa.



- As mãos nas canadianas têm que estar à altura da anca.
- Para andar avançar as duas canadianas/andarrilho, avançar uma perna até ao nível das canadianas e depois a outra perna.

Fonte: <http://homesecurity.press/q/quotes/crutch-walking-techniques.html>



- Para **descer** canadiana no braço oposto do corrimão, primeiro a canadiana, depois uma perna e depois a outra.
- Para **subir** escadas, mão no corrimão e canadiana do lado oposto. Primeiro um pé, depois o outro e por fim a canadiana.

Fonte: <http://homesecurity.press/q/quotes/crutch-walking-techniques.html>

#### Referências Bibliográficas:

Marques-Vieira, C., & Sousa, L. (2016). *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida*. Loures: Lusodidacta.

Menoita, E.C. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC*. Loures: Lusociência.

Ordem dos Enfermeiros (2013). *Cuidados à pessoa com alteração da mobilidade— posicionamentos, transferências e treino de deambulação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Apêndice XIV – Jornal de Aprendizagem: RFR Contexto Hospitalar

## **Jornal de Aprendizagem: RFR Contexto Hospitalar**

Observar, reconhecer, planear, agir e avaliar como Enfermeira de Reabilitação (ER) para a pessoa e família é algo que não é instantâneo, mas sinto que se vai moldando a cada dia que passa tornando-se mais consciente e enraizado em mim. O espírito de reabilitação, como Hesbeen (2003) refere no seu livro é uma mais-valia que se observa e permite “mudar a (...) visão dos factos, ajustá-la para tentar ver melhor, ou analisar melhor, tendo em vista agir adequadamente perante as situações humanas que se (...) apresentem.” (Hesbeen, 2003, p.35). Este espírito que vai crescendo implica um interesse único pela pessoa na sua globalidade e não apenas no problema que traz consigo naquele momento, permitindo assim que “os gestos executados sejam sensatos, isto é, que façam sentido para a pessoa a que se dirigem, que respeitem a sua vontade, os seus limites e os seus recursos.” (Hesbeen, 2003, p.35).

Vou entendendo ao longo deste percurso, um pouco mais sobre o espírito da reabilitação interiorizando-o na prática, agora em ensino clínico. As situações com que me deparo são enriquecedoras e implicam uma vontade contínua de observar, planear e avaliar. Anseio por resultados mas, depressa retorno à realidade, e com os pés bem assentes observo, planeio e avalio cada dia que passa com aquela pessoa e família e os seus ganhos, que por mais pequenos que possam parecer para alheios à situação, são gigantes para quem é cuidado e para quem cuida.

Destaco a situação de um jovem de 33 anos, a sua jornada já se prolonga desde dia 20/09/2016. Empiema subdural da convexidade direita por uma pansinusite é o diagnóstico médico. Após diversas cirurgias e procedimentos, desde drenagem do empiema cerebral, craniotomia descompressiva, alargamento da craniotomia, drenagem do conteúdo purulento dos seios perinasais e traqueostomia e um período na unidade de cuidados intensivos (UCI), iniciou o internamento no serviço de neurocirurgia a 17/10/2016. Num primeiro contacto a 18/10/2016 encontrávamos uma pessoa com um score de 11 na Escala de Comas de Glasgow (ECG), com traqueostomia não fenestrada sem aporte de oxigénio, com necessidade de aspiração de secreções brônquicas, sendo a limpeza das vias aéreas ineficaz. Com alimentação entérica por sonda orogástrica. A nível motor, força de grau 4 no hemicorpo direito e força de grau

O no hemisfério esquerdo, segundo a Escala *Medical Research Council*. Pele encontra-se íntegra. Sem controle de esfíncter anal e com drenagem vesical.

Conforme Orem (2001) a manutenção de uma ingestão suficiente de ar é um dos requisitos universais da sua teoria, sendo esta abordagem feita com base na nossa observação, avaliação e auscultação pulmonar. A regularidade dos Raios-X Tórax em camas de internamento não é uma realidade e consequentemente não nos é possível dirigir a nossa ação tendo esses resultados como base. Visto que tínhamos abertura ocular espontânea com cumprimento de ordens simples mas sem resposta verbal (apenas gesto com o dedo polegar dizendo sim ou não) era possível um certo grau de colaboração. Foi feita auscultação torácica, com sons audíveis adventícios tipo roncos em ambos os campos pulmonares ao nível apical, com diminuição dos sons respiratórios em ambas as bases pulmonares. Observava-se presença de secreções esbranquiçadas em grande quantidade semifluidas, reflexo de tosse presente mas não completamente eficaz e um padrão respiratório toro abdominal.

Sendo assim a necessidade de técnicas que impliquem a Reeducação Funcional Respiratória (RFR) tornam-se a resposta face ao observado, tendo como principal objetivo o restabelecimento do padrão funcional da respiração, atuando sobre a ventilação externa melhorando assim a ventilação alveolar com recurso a técnicas manuais, posturais e cinéticas das regiões toro-abdominais (Menoita & Cordeiro, 2012). Estas técnicas são implementadas individualmente e adaptadas à pessoa de forma a maximizar a sua condição física, autonomia, autoestima e independência promovendo sempre a sua participação, prevenindo complicações (Branco, 2012). Desta forma, o objetivo é ajudar a mobilizar e eliminar as secreções brônquicas, melhorar a ventilação pulmonar, promover a reexpansão pulmonar, melhorando a oxigenação e as trocas gasosas implicando assim a diminuição do trabalho respiratório para que posteriormente se possa alterar a cânula de traqueostomia para fenestrada para assim se progredir no processo de reabilitação conduzindo ao seu encerramento permitindo assim se possível a respiração através das vias aéreas superiores. Assim sendo, recorreu-se a diferentes ações na pessoa entre elas:

- (1) Relaxamento, através do posicionamento, para reduzir a tensão psíquica e muscular, permitindo o controlo da respiração e o relaxamento dos músculos acessórios da respiração, ombros, pescoço e membros superiores, facilitando também a respiração diafragmática (Menoita & Cordeiro, 2012). Optou-se pelo decúbito dorsal com um almofada a apoiar a cabeça até à raiz das omoplatas e outra na região popliteia favorecendo a curvatura fisiológica do joelho, visto ser a posição mais confortável para a pessoa e por não se encontrar dispneico nem com ansiedade associada.
- (2) Consciencialização e controlo da respiração, desta forma permitimos à pessoa a tomada de consciência potencializando assim o controlo, coordenação e eficácia dos músculos respiratórios, com a inspiração nasal e expiração pela boca, associando também a respiração diafragmática com inspirações profundas e expirações lentas, ajudando assim na melhoria da ventilação e de um padrão respiratório normal. Foi também realizada a reeducação diafragmática, da porção posterior do diafragma.
- (3) Foi igualmente associada a reeducação costal inferior e global associada a automobilizações dos membros superiores, ajudando assim na expansão torácica e na melhoria ventilação e também na integração do hemicorpo esquerdo.
- (4) Por outro lado, tínhamos também a necessidade de incentivar uma limpeza das vias aéreas eficaz, assegurando a sua permeabilidade com técnicas de mobilização e eliminação de secreções brônquicas. Uso de técnicas como a tosse assistida para ajudar na mobilização das secreções para a traqueia pelo aumento da velocidade do ar que é expirado, para a sua expulsão derivada da diminuição da força dos músculos expiratórios. Foi também associada a drenagem postural modificada, não se escolhendo a clássica pelo risco associado de aumento da pressão intracraniana e o recurso associado de manobras acessórias que ajudam também na eliminação de secreções e na redução do risco de complicações pulmonares, desde as percussões, compressões e vibrações.
- (5) Tendo em conta a situação, a pessoa apresentava também um défice ao nível do correto alinhamento corporal e desta forma foi também associado como recurso o uso do espelho quadriculado para ajuda na correção

postural e desta forma promover uma boa ventilação e prevenir e corrigir defeitos posturais, quer sentado na cadeira de rodas quer no leito (Menoita & Cordeiro, 2012).

Foi possível ao coadjuvar diferentes técnicas de forma consistente e regular uma diminuição da quantidade de secreções brônquicas e consequente necessidade de aspiração, assim como favoreceu a uma auscultação pulmonar sem ruídos adventícios com murmúrio vesicular mantido ao longo dos dias. Desta forma, na pessoa conseguiu-se a decanulação da traqueostomia no dia 26/10/2016, tendo sido iniciado processo de clampagem da mesma a 21/10/2016, com boa tolerância, observando-se reflexo de tosse eficaz na mobilização das secreções das vias aéreas inferiores para as superiores e consequente eliminação pela cavidade oral/deglutição das mesmas.

Entendo que talvez seja a área em que entendo mais dificuldade me observar e agir em concordância, mas sinto cada vez mais uma evolução positiva na minha abordagem tendo em conta a RFR.

Realço que houve a oportunidade em contatar com os utentes internados na unidade de cuidados intensivos neurocirúrgicos, onde existem quatro camas no local onde me encontro. Trata-se de uma realidade completamente oposta quer em aspetos materiais, da pessoa e dinâmicas ao que estou familiarizada e talvez implique em mim um sentimento de insegurança ao lidar com este tipo de pessoas tendo em conta a sua situação de sedação e ventilação mecânica invasiva (VMI), pois mesmo tentando centrar o meu pensamento na enfermagem de reabilitação é impossível colmatar algum défice de conhecimento da realidade de um serviço de intensivos (algo muito específico e de grande complexidade) tendo em conta todo o meu percurso profissional e o tempo existente em ensino clínico.

É certo que o papel do ER é vital numa unidade de cuidados intensivos, desde o período que possa anteceder a entubação endotraqueal (evitando-a), como durante a mesma e a VMI, na fase de desmame ventilatório e na fase de posterior à VMI (Menoita & Cordeiro, 2012). O tempo de permanência deste tipo de pessoas no leito é elevado e desta forma pode conduzir a uma rápida atrofia muscular com perdas ao fim de duas semanas de cerca de 5-9% da massa

muscular e cerca de 20-27% da força muscular. Sendo que diversos estudos evidenciam após biópsia do tecido muscular de pessoas sob VMI sinais de inflamação, necrose e substituição das fibras musculares por tecido adiposo e conjuntivo, contribuindo para a diminuição da força muscular, rigidez articular e incapacidade para o exercício funcional (Menoita & Cordeiro, 2012; Hashem, Nelliot & Needham, 2016). Em termos respiratórios a probabilidade do desenvolvimento de atelectasia, de retenção de secreções, diminuição da força dos músculos da respiração por imobilidade prolongada e pelos efeitos sedativos e miorelaxantes da medicação, implicando a diminuição da contractilidade do diafragma pela sua inatividade, carece desde logo de uma preocupação constante da nossa parte. Desta forma a mobilização precoce é fundamental nesta tipologia de doentes e muitos estudos já evidenciaram a segurança e viabilidade da mesma, com baixo risco de insegurança para a pessoa (Menoita & Cordeiro, 2012; Hashem, Nelliot & Needham, 2016).

A RFR nestas situações implica contínuo restauro da funcionalidade existente ao episódio que condicionou a VMI. Na realidade onde me encontro o papel do ER centra-se mais na RFR durante a VMI e após a mesma, em situações que implica a ação antes é na medida de prevenir a necessidade de reentubação endotraqueal e consequente VMI após a extubação. Desta forma no período em que a pessoa se encontra sob VMI o nosso papel é importante:

- (1) Na adaptação ao ventilador (posições de descanso, controlo da respiração e dinâmica costal conforme a modalidade ventilatória e exercícios de reeducação respiratória abdomino-diafrágmáticos e costais tanto seletivos como globais);
- (2) Melhoria da relação ventilação/perfusão (técnicas de recrutamento de volumes através da hiperinsuflação voluntária com ressuscitador manual ou ventilador volumétrico);
- (3) Manutenção da permeabilidade das vias aéreas pela mobilização e eliminação de secreções (uso de técnicas já anteriormente descritas, drenagem postural, manobras acessórias, aspiração de secreções em períodos breves para evitar o colapso alveolar e hiperinsuflação mecânica ou manual de forma a contrariar as alterações provocadas pela presença de um tubo endotraqueal na eliminação de secreções pois há diminuição da *clearance* mucociliar, aumento do volume e viscosidade das secreções e risco de infeção);
- (4) Prevenir e corrigir posições viciosas e antiálgicas defeituosas

(posicionamentos corretos que respeitem as amplitudes articulares e curvaturas fisiológicas do corpo, que melhorem a ventilação pulmonar, reduzindo o trabalho respiratório e cardíaco. Se possível elevação da cabeceira a 30-45° e exercícios de mobilização passiva das articulações para prevenir complicações da imobilidade e quando possível exercícios musculares ativos) (Menoita & Cordeiro, 2012).

Na unidade de cuidados intensivos neurocirúrgicos integrada no local onde me encontro em estágio umas das principais complicações que se observa na pessoa com entubação endotraqueal e VMI é a atelectasia e desta forma deve-se seguir o referido anteriormente como forma de prevenção das mesmas. Foi exposto um estudo de caso sobre esta temática pelos Enfermeiros Especialistas do local onde demonstraram a eficácia da sua intervenção neste tipo de situações onde se pode observar com clareza as diferenças nas imagens radiológicas no antes e no depois da aplicação de técnicas de RFR (Costa, Rodrigues & Varanda, 2012).

A verdade é que não me foi possível em termos temporais uma presença mais contínua na unidade, não existindo a possibilidade em desenvolver intervenções específicas de enfermagem de reabilitação de forma contínua numa determinada situação, acompanhando-a. No entanto, entende-se que a presença do ER é de grande importância e entende-se quando um desmame ventilatório é eficaz, possibilitando a estabilidade clínica da pessoa e progressão no plano de reabilitação já fora daquela realidade e mais próximo da realidade da pessoa, onde sinto que o meu papel como futura ER está cada vez mais alicerçado com capacidade de resposta em diferentes situações.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Costa, A.J.A., Rodrigues, C.A.F. & Varanda, E.M.G. (2012). Atelectasia - Estudos De Caso Intervenção Do Enfermeiro Especialista De Reabilitação. *Nursing*. 283, 6-11. Disponível em: <http://www.hgo.pt/Portals/0/Images/Noticias/Nursing.pdf>. Acedido a 20-11-2016.
- Branco, P.S. (2012). *Temas de Reabilitação - Reabilitação Respiratória*. Porto: Servier
- França, D.C., Apolinário, A.Q., Velloso, M. & Parreira, V.F. (2010). Reabilitação pulmonar na unidade de terapia intensiva: revisão de literatura. *Fisioterapia e Pesquisa*. 17(1), 81-87. DOI: 10.1590/S1809-29502010000100015
- Hashem, M., Nelliott, A. & Needham, D.M. (2016). Early Mobilization and Rehabilitation in the ICU: Moving Back to the Future. *Respiratory Care*. 61(7), 971-979. DOI: 10.4187/respcare.04741
- Hesbeen,W. (2003). *A Reabilitação*. (M. M. Martins, Trad.) Loures: Lusociência. (Tradução do original do francês *La Réadaptation - Aider à créer de nouveaux chemins*, 2001, Paris: MassonÉditeur).
- Menoita, E.C. P.C. & Cordeiro, M.C.O. (2012). *Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória – Conceitos, Princípios e Técnicas*. Loures: Lusociência.
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: concepts of practice* (6 nd.). St. Louis: Mosby.
- Umei, N., Atagi, K., Okuno, H., Usuke, S., Otsuka, Y., Ujira, A. & Shimaoka, H. (2016). Impact of mobilisation therapy on the haemodynamic and respiratory status of elderly intubated patients in an intensive care unit: A retrospective analysis. *Intensive and Critical Care Nursing*. 35, 16-21. DOI: 10.1016/j.iccn.2016.02.001.

Apêndice XV – Jornal de Aprendizagem: RFR Contexto ECCI

## **Jornal de Aprendizagem: RFR Contexto ECCI**

A minha experiência em cuidados de saúde primários, é algo muito pouco desenvolvido e se for pensar na mesma, ela remota aos ensinamentos clínicos do curso de licenciatura há praticamente sete anos ou então à curta experiência como enfermeira em início de carreira num centro de saúde há seis anos atrás. Desta forma, voltar a estar em contato com esta realidade em ensino clínico após diversos anos foi algo que se traduziu numa certa insegurança pois seria um ambiente ao qual de todo não estava familiarizada, principalmente por ser uma tipologia da Rede Nacional de Cuidados Continuados (RNCCI), uma Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) /Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), algo que também não conhecia em profundo apenas de forma superficial.

Visualizar a reabilitação neste ambiente não foi fácil, entender a nossa função como enfermeiros de reabilitação no seio da comunidade e em que situações podemos e devemos intervir é algo que requer grande reflexão. É um trabalho contínuo e que todos os dias evolui consoante os utentes de quem cuidamos. A verdade é que aqui a reabilitação tanto se pode centrar num idoso que após longos meses de internamento por um Acidente Vascular Cerebral (AVC) ou algum tipo de traumatismo, necessita de cuidados de reabilitação para atenuar complicações decorrentes da imobilidade ou mesmo para recuperar de algum tipo de fratura e “perder” o medo de voltar a sair da cama e andar outra vez, ou mesmo um adulto ativo que em meses viu a sua vida completamente alterada por um diagnóstico oncológico que desde logo se traduziu em alterações funcionais que o impedem de realizar atividades que antes eram completamente triviais no seu dia-a-dia.

Muitas das referenciações para a ECCI são de utentes com patologia oncológica que requerem coordenação com a Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP) e com cuidados de enfermagem de reabilitação. Muitas vezes são pessoas idosas acima dos seus 80 anos mas outras vezes há casos de utentes mais novos. A verdade é que lido no meu quotidiano profissional com a pessoa em fim de vida desde ao adulto até ao idoso e muitas vezes não paramos para pensar na globalidade desta situação. Poderia dizer que a falta de tempo e o trabalho acumulado seria a justificação, o que muitas vezes não deixa de ser verdade, mas não seria totalmente justo. Muitas

vezes é a forma de nos distanciarmos de uma realidade demasiado cruel até mesmo para nós enfermeiros, vistos socialmente capazes de lidar com qualquer tipo de situação e sentimento. A verdade é que se trata de uma área da enfermagem que requer cada vez mais desenvolvimento no seio da minha equipa multidisciplinar, porque por vezes existe uma incapacidade em termos de experiência e conhecimento que limita a nossa ação.

Seria importante que todas as equipas estivessem familiarizadas com o significado dos cuidados paliativos, que estes se remetem a ações globais e ativas dos utentes e suas famílias, no seio de uma equipa multidisciplinar preparada para centrar a sua ação na pessoa e não na sua doença, aliviando sintomas, dando apoio psicossocial, trabalhando em equipa com a pessoa e sua família e apoiando no luto. O principal objetivo é dar apoio e cuidados aos utentes para viverem de forma mais ativa e confortável possível a última fase da sua doença (Twycross, 2001).

Integrar nesta formação que me possibilitou incorporar a ECCI em ensino clínico, possibilitou-me refletir sobre a reabilitação, a enfermagem e os cuidados paliativos.

A definição de cuidados paliativos declarada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) é interiorizada pela Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (APCP), onde referem que são,

uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável com prognóstico limitado, e/ou doença grave (que ameaça a vida), e as suas famílias, através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce, avaliação adequada e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos, como a dor, mas também dos psicossociais e espirituais. (APCP, 2006,p.2)

Tendo em conta o enunciado pelo Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2011), estes cuidados são

uma área de intervenção especializada que decorre de um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos. Têm por foco de atenção a manutenção e promoção do bem-estar e da qualidade de vida, a recuperação da funcionalidade, tanto quanto possível, através da promoção do auto-cuidado, da prevenção de complicações e da maximização

das capacidades. (...) dirigem-se à Pessoa em todas as fases do ciclo vital, (...) baseados na identificação das necessidades específicas da pessoa ou grupo (...) (OE,2011, p.5)

Desta forma a reabilitação tem cada vez mais um papel importante na interação nesta tipologia de cuidados, onde os principais pontos de ação são a colaboração, a comunicação, a coordenação dos cuidados, a educação dos utentes, a solidez da informação e o suporte do utente/família. O enfermeiro de reabilitação vai ter um papel importante no controlo dos sintomas, nomeadamente na dor, espasticidade, obstipação, agitação, fadiga, dispneia, entre outros. Acima de tudo o importante é manter a qualidade de vida da pessoa, para que consiga atingir e manter o seu potencial máximo, quer a nível físico, psicológico, social e espiritual, por muito limitados que estes progressos possam ser face à sua situação de doença (Hoeman, 2011; Marques-Vieira & Sousa, 2016; Twycross, 2001).

Como é referido no documento da OE que descreve as Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), prestamos cuidados à pessoa em todos os contextos ao longo do ciclo de vida que não conseguem realizar atividades básicas de forma independente devido à sua situação de doença, entre outras (OE, 2010). O nosso foco principal como EEER é a pessoa e a sua família, de forma a delinear um plano dirigido às suas necessidades, tendo em conta toda a sua situação física, psicológica, social/relacional, garantindo assim a qualidade dos cuidados. Os objetivos vão centrar-se essencialmente no controlo de sintomas, na minimização das manifestações da doença e na promoção da autonomia. Não vão ser eliminados os malefícios causados pela progressão da doença, mas podem ser atenuados. As nossas intervenções são ponto fulcral na prevenção/manutenção da funcionalidade, atenuando sintomas, ajudando no fortalecimento muscular, amplitude articular e equilíbrio, resultando em ganhos na qualidade de vida, assim como também na dinâmica familiar reduzindo a carga de trabalho e o *stress* sobre os cuidadores, que por vezes restringem a pessoa em atividades que a própria consegue suprimir ou vir a suprimir (Marques-Vieira & Sousa, 2016; Minosso, Souza & Oliveira, 2016).

Independentemente da idade e da situação de doença atual da pessoa maximizar a sua funcionalidade e o desenvolvimento de capacidades,

capacitando-a tendo em conta a sua limitação na ação e a sua vontade é o nosso foco e a nossa linha orientadora de planificação dos cuidados (OE, 2010).

Destaco a situação de uma utente de idade adulta, ativa com 2 empregos até à 4 meses atrás, sendo também a principal organizadora do lar em termos familiares, alimentação e limpeza. Foi diagnosticada há 4 meses com uma neoplasia pulmonar do pulmão direito já metastizada a nível cerebral com duas lesões ocupante espaço (LOE), com conhecimento há 3 meses. Consciente e orientada auto e alo psiquicamente, com hemiparésia do hemicorpo esquerdo de grau 4 segundo a Escala *Medical Research Council Scale* (MRC) de predomínio braquial, principalmente nos movimentos dos dedos e punho (força de grau 3 – MRC), parésia facial periférica esquerda, sensação de desequilíbrio com grande receio em cair, dores tipo cefaleia intensa e sensação de cansaço e fadiga a qualquer atividade. A nível familiar, vive com o marido já de idade avançada, reformado e a filha jovem advogada desempregada, estudante de mestrado. Ambos bastantes presentes, sendo que o marido e a própria utente mais consciente de toda a situação, ao contrário da filha que está a par de toda a situação mas por vezes não entende a situação real da mãe. É referido por vezes nas visitas grande dificuldade em comunicar com a filha que ela não entende que ela esteja cansada e que não pode fazer o mesmo que fazia antes como cozinhar e organizar a casa, e sente-se triste por não poder fazê-lo porque sabe que mais ninguém o fará porque ela nunca os deixou fazer e a filha agora também não quer aprender.

Cada visita domiciliária efetuada por vezes traduz-se numa certa revolta por não ter todas as ferramentas necessárias para guiá-la nesta situação que se encontra agora a viver. Podem ser sugeridas sugestões de como a filha pode ajudar e como a utente pode na mesma colaborar, mas acima de tudo, entendi que aqueles 40/45 minutos que estamos 2/3 vezes por semana com aquela pessoa devem-se traduzir em tempo favorável para ela quer em termos de reabilitação, quer em termos de atenção, de escuta e de compreensão, porque talvez sejam apenas aqueles minutos que ela pode ter para se centrar em si e falar o que vai no seu interior ou mesmo para desanuviar e realizar cada exercício com afinco e vontade em fazer mais e melhor, libertando a sua mente durante aquele período de tempo.

Cada visita é planeada no momento em que nos abrem a porta, não vou dizer que não penso nas diferentes formas de abordar a pessoa naquele dia, mas assim que chegamos entendemos que por vezes temos que reformular tudo aquilo que tínhamos planeado. A individualização e a centralidade da visita na pessoa é sempre o ponto principal em todos os contatos, que segundo a OE (2010, p.7), “é uma condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes (...) promovendo a envolvência adequada ao bem-estar (...)”. E desta forma conforme o observado é planeado o programa de reabilitação para aquele dia, tendo como linha orientadora obter o potencial máximo da pessoa a nível físico, psicológico, social e espiritual (Othero & Costa, 2014).

Os principais pontos da visita centram-se na reabilitação de prevenção, onde se pretende adiar as alterações funcionais inerentes à morbilidade associada ao cancro e tratamentos, assim como, na reabilitação paliativa onde o principal foco é reduzir a incapacidade funcional, garantindo o conforto e apoio emocional à pessoa (Marques-Vieira & Sousa, 2016). Implica para além de um programa motor e respiratório na pessoa, o controlo de possíveis sintomas referidos. A reeducação dos músculos faciais, para atenuar efeitos visíveis da parésia facial periférica, tendo sido fornecido à pessoa um suporte de apoio com exercícios para ajudar na sua realização na nossa ausência, assim como exercícios para a mão e dedos, recorrendo a mobilizações ativas assistidas dos mesmo, ou resistidas com recurso a utensílios do dia-a-dia como as molas da roupa. Foi incentivada a execução de movimentos finos com a mão esquerda, nomeadamente o esfolhear revistas, agarrar e largar objetos, lavar os dentes e pentear-se. Realizado treino de equilíbrio estático e dinâmico de pé e treino de marcha. Granger (2016) enumera como intervenções à pessoa com neoplasia do pulmão a mobilização muscular e articular, assim como exercícios de equilíbrio e o fornecimento de auxiliares de marcha para otimizar o funcionamento físico diário.

Em termos de reeducação funcional respiratória (RFR) optou-se pela consciencialização dos tempos respiratórios, posições de descanso, expiração com os lábios semicerrados, reeducação diafragmática na posição de sentado e deitado, reeducação costal global com bastão e reeducação costal seletiva, após

observação do padrão respiratório da utente, ritmo, amplitude e frequência respiratória, assim como da auscultação pulmonar, onde não se identificaram ruídos adventícios presentes, apenas murmúrio vesicular audível.

Apesar de muitos autores referirem que a RFR na pessoa com neoplasia do pulmão pode estar contraindicada (Menoita & Cordeiro, 2012; Heitor, Canteiro, Ferreira, Olazabal & Maia, 1988). Por outro lado, sendo esta uma temática sempre em investigação, entende-se que as nossas intervenções como EEER podem vir a ajudar na prevenção da deterioração física e psicológica da pessoa maximizando assim a sua independência e funcionalidade, tendo sempre em conta os seus objetivos pessoais. Assim, uma intervenção precoce ao nível dos cuidados paliativos e reabilitação implica na pessoa uma melhoria da qualidade de vida e do bem-estar físico e psicológico. Cada vez mais entende-se na abordagem da pessoa com neoplasia do pulmão o ensino de técnicas de descanso e relaxamento, consciencialização e controlo da respiração e o incentivo à atividade, de forma a diminuir a tensão psíquica e muscular, prevenindo e corrigindo alterações ventilatórias, melhorando assim a ventilação da pessoa, como mais-valias para a pessoa diminuindo situações de angústia e desconforto (Menoita & Cordeiro, 2012; Granger, 2016).

Neves (2013), na sua tese de mestrado sobre reabilitação respiratória no doente com neoplasia do pulmão, refere estudos que mencionam a importância do exercício no controlo sintomático, sendo seguro para a pessoa com neoplasia do pulmão, observando-se um efeito positivo na capacidade funcional da pessoa atenuando sintomas como a dispneia e fadiga e promovendo a tolerância ao exercício/esforço. Isto só é possível tendo conhecimento intrínseco da pessoa com neoplasia do pulmão, ajustando assim as intervenções de enfermagem de reabilitação à situação observada, garantindo um impacto positivo na funcionalidade e autonomia da pessoa.

Relembrando o referido pela utente, destaco a sensação de fadiga, falta de energia, dor e sensação de cansaço respiratório. Assim sendo atuar nestes sintomas referidos é onde a ação se deve centrar.

(1) Fadiga: Devemo-nos centrar numa avaliação da pessoa, questionando-a como se sente, se tem problemas em recordar-se de determinada situação ou

se é capaz de iniciar ou terminar uma tarefa. Ao avaliarmos a situação deveremos intervir no reforço do sono (perceber se a pessoa dorme o suficiente, se esse sono é de qualidade e qual a rotina do mesmo), dando suporte emocional e ajudando na gestão da energia (Hoeman, 2011). Em diferentes visitas foi gerida esta sensação de fadiga por vezes referida pela utente. Os exercícios foram ajustados em tempo, local e intensidade, recorrendo-se muitas vezes à realização de técnicas no leito, sentada ou mesmo interrompendo a sessão, encaminhando-a ao local onde referia estar mais confortável para descansar. A adoção de posições de descanso foram validadas, assim como o número de horas de sono do dia referente à visita.

(2) Dor: A dor tem diversas consequências na pessoa como a perda de autonomia e de qualidade de vida. Após a sua avaliação com escalas, deveremos intervir quer com medidas farmacológicas quer não farmacológicas. Devemos ter sempre em mente como principais medidas o posicionamento (atenção a zonas de pressão, que possibilite uma respiração adequada com boa expansão torácica, a alimentação e a eliminação), as mobilizações articulares (permitem o reagrupamento das fibras de colagénio e conseqüentemente diminui a tensão, permitindo o restabelecimento dos movimentos normais, com a mobilização repetida e rítmica dos mesmos, aliviando assim a dor) e a massagem (aumenta a circulação local pela compressão dos tecidos, levando ao relaxamento do tecido muscular e alívio da dor), dando sempre primazia ao conforto e diminuição da dor na pessoa (Marques-Vieira & Sousa, 2016). Em algumas visitas foi referida pela utente dor (tipo cefaleia), sendo sempre validada a mesma em todos os contatos. Foi sempre reforçada a importância em tomar a medicação analgésica em SOS em caso de dor, não deixando que atinja um limiar de dor insuportável registando quantas vezes a faz por dia, para uma eventual articulação com a médica da EIHS CP. Os exercícios foram ajustados à dor referida, sendo realizados no leito com recurso a exercícios de relaxamento, ou mesmo interrompendo a sessão.

(3) Dispneia: Sintoma de gestão mais complexa, o importante é explicar à pessoa e família a situação em si, preparando um ambiente calmo, proporcionando o relaxamento, escuta ativa, suporte emocional, uso de música, posição de conforto/elevação da cabeceira, descanso/dosear o esforço. Das técnicas mais utilizadas lista-se a consciencialização dos tempos respiratórios,

reduzindo o trabalho respiratório, a respiração diafragmática, ajudam no alívio da dispneia, ajudando num padrão respiratório normal e posições de descanso. (Marques-Vieira & Sousa, 2016; Rice, 2004)

Esta experiência possibilitou-me a interiorização da relação da reabilitação com os cuidados paliativos e fez-me entender onde poderá ser centrada a nossa ação quando tudo o que vemos parece ser contra-indicação para um programa de reabilitação. Possibilitou-me o entendimento que os cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação são “prestados em diferentes contextos da prática clínica como, (...) equipas de cuidados continuados, paliativos e de cuidados na comunidade.” (OE, 2011, p.3). Alargando horizontes ao abordar a pessoa e família que vive uma situação oncológica paliativa, traduzindo-se na minha prática diária, alertando-me para situações que antes me poderiam passar despercebidas, tendo um sentido positivo na minha construção profissional como EEER, garantindo ferramentas importantes para o meu desenvolvimento e para a planificação dos meus cuidados.

## Referências Bibliográficas

- Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (APCP) (2006). *Organização de serviços em cuidados paliativos*. Lisboa: APCP.
- Costa, A. & Othero, M. (2014). *Reabilitação em Cuidados Paliativos*. Loures: Lusodidacta.
- Granger, C.L. (2016). Physiotherapy management of lung cancer. *Journal of Physiotherapy*. 62(2), p.60-67. DOI: 10.1016/j.jphys.2016.02.010
- Heitor, M.C., Canteiro, M.C., Ferreira, J.M.R., Olazabal, M. & Maia, M.O. (1988). *Reeducação Funcional Respiratória*. 2ªed. Lisboa: Boehringer Ingelheim.
- Hoeman, S.P. (2011) *Enfermagem de reabilitação-Prevenção, intervenção e resultados esperados*. (C. Saraiva, J. M. S. B. Mertens, L. Abecasis, M. Abecasis, M. O. Sousa, A. P. R. P. Negrão, M. J. F. Pinheiro, R. Azevedo) (4ª ed.). Loures: Lusodidacta. (Tradução do original do inglês *Rehabilitation nursing- Prevention, intervention & outcomes*, 4nd ed., 2008, New Jersey: Mosby)
- Marques-Vieira, C. & Sousa, L. (2016). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo do Ciclo de Vida*. Loures: Lusodidacta.

Menoita, E.C. P.C. & Cordeiro, M.C.O. (2012). *Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória – Conceitos, Princípios e Técnicas*. Loures: Lusociência.

Minosso, J.S.M., Souza, L.J. & Oliveira, M.A.C. (2016). Reabilitação em Cuidados Paliativos. *Texto Contexto Enfermagem*. 25(3), p.1-9. DOI: 10.1590/0104-07072016001470015

Neves, R.S.M. (2013). *Enfermagem de Reabilitação Respiratória e a promoção do autocuidado á pessoa com Neoplasia do Pulmão*. Tese de Mestrado. Disponível no RCAAP. <http://hdl.handle.net/10400.26/15908>

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Rice, R. (2004). *Prática de Enfermagem nos Cuidados Domiciliários: Conceitos e Aplicações*. (H. Abreu) (3ªed). Loures: Lusociência. (Tradução do original do inglês Home Care Nursing Practice: Concepts and Application, 3rd, 2001, New Jersey: Mosby)

Twycross, R. (2001). *Cuidados Paliativos* (J.N. Almeida) (1ªed.). Lisboa: Climepsi. (Tradução do original do inglês Introducing Palliative Care, 3rd ed., 1999, United Kingdom: Radcliffe Medical Press)