



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação
Relatório de Estágio**

**Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com
alteração da deglutição**

Vanessa Beatriz Oliveira Santos

**Lisboa
2022**



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação
Relatório de Estágio**

**Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com
alteração da deglutição**

Vanessa Beatriz Oliveira Santos



Orientador: Professora Doutora Vanda Lopes da Costa
Coorientador: Professor Ricardo Jorge Vicente de Almeida Braga



**Lisboa
2022**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

“Dê ao homem um peixe e ele alimentar-se-á por um dia. Ensine um homem a pescar e ele alimentar-se-á para toda a vida.”
(Proverbio Chinês atribuído a Lao-Tsé)

AGRADECIMENTOS

Ao meu marido, à minha filha e aos meus pais por serem os pilares de todo este percurso e em toda a minha vida, obrigada pelo que são.

Ao Professor Ricardo Braga, pelos momentos de orientação, pela serenidade e pela partilha da perícia da arte de reabilitar, um obrigado é pouco.

Às Enfermeiras Orientadoras, por serem o exemplo que me impulsionou a crescer, obrigado pela partilha.

À minha Chefe e aos meus colegas de trabalho, pela motivação e disponibilidade, obrigada pela compreensão.

À minha colega e amiga Vanessa, pela cumplicidade de caminharmos lado a lado durante todo este percurso, obrigada companheira de aventura.

Aos meus amigos, que estiveram sempre presentes mesmo quando mais distantes, obrigado por estarem lá.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

Angio-TC CE – Angiografia por Tomografia Computadorizada Crânio Encefálica

ARSLVT – Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Atividade de Vida Diária

CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes

DGS – Direção Geral de Saúde

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ECD – Exames Complementares de Diagnóstico

ECL – Equipa Coordenadora Local

EE – Enfermeiro Especialista

EEER - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

EGA – Equipa de Gestão de Altas

ER – Enfermagem de Reabilitação

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

GUSS – *Gugging Swallowing Screen*

ICN – *International Council of Nurses*

IDDSI – *International Dysphagia Diet Standardisation Initiative*

LVM – Lesão Vertebro Medular

MAV – Malformação Arteriovenosa Cerebral

MMSE – *Mini Mental State Examination*

MOCA – *Montreal Cognitive Assessment*

MRC – *Medical Research Council*

OE – Ordem dos Enfermeiros

PC – Pare Craniano

RCSLT – *Royal College of Speech and Language Therapists*

RFR – Reeducação Funcional Respiratória

RM CE – Ressonância Magnética Crânio Encefálica

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SARS-COV-2 – *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2*

SNG – Sonda Nasogástrica

TC CE – Tomografia Computorizada Crânio Encefálica

TEV – Tratamento Endovascular

TNF – Tabela Nacional de Funcionalidade

TOR-BSST – *The Toronto Bedside Swallowing Screening Test*

TRCA – Terapêutica de Revascularização Cerebral Aguda

U-AVC – Unidade de Acidente Vascular Cerebral

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

URAP – Unidade de Recursos Assistidos Partilhados

USF – Unidade de Saúde Familiar

VD – Visita Domiciliária

WHO – *World Gastroenterology Organisation*

RESUMO

O presente Relatório de Estágio surge no âmbito da Unidade Curricular de Estágio com Relatório, do 12º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação desenvolvido pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, resultando no desenvolvimento de competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros para o Enfermeiro Especialista e para o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

A Enfermagem de Reabilitação dá resposta a uma população com necessidade de cuidados amplos, desde a prevenção de incapacidades até à maximização da funcionalidade. Abraço o desafio de realizar um conjunto de atividades para o desenvolvimento das competências especializadas, no decorrer de dois contextos de estágio, objetivando com o presente trabalho realizar a descrição e análise reflexiva desse mesmo percurso.

O objetivo transversal a ambos os contextos de estágio relaciona-se com o desenvolvimento de competências numa área de interesse pessoal: “Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com alteração da deglutição”. A avaliação da deglutição é algo complexo que deve ser implementado de modo rigoroso por profissionais treinados. Na presença de alterações, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação está apto para desenvolver programas de reeducação da deglutição envolvendo várias abordagens complementares, incluindo intervenções compensatórias e terapêuticas.

O cuidado de enfermagem de reabilitação à pessoa com alteração da deglutição apresenta-se como um desafio real. A intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, precoce e sistematizada, quer na avaliação da pessoa quer na reeducação da deglutição, permite um diagnóstico precoce, prevenindo as suas possíveis complicações e conseguindo ganhos em saúde.

Palavras-Chave: Enfermagem de Reabilitação, Alteração da Deglutição, Reeducação da Deglutição, Competências Especializadas

ABSTRACT

This Internship Report is the result of Estágio com Relatório subject, of the 12th Masters' degree in Nursing with Specialization in Rehabilitation Nursing of Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. This degree develops skills defined by Order of Nurses for the Specialist Nurse and for the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing.

Rehabilitation Nursing responds to a population in need of comprehensive care, from preventing disabilities to maximizing functionality. I embrace the challenge of doing a set of activities for the development of specialized skills, during two internship contexts, aiming with the present work to carry out the description and reflective analysis of this same course.

The transversal objective to both internship contexts is related to the development of skills in the area of personal interest: "Rehabilitation nursing care for the person with swallowing disorders. Swallowing assessment is complex and must be rigorously implemented by trained professionals. In the presence of shifts, the Nurse Specialist in Rehabilitation Nursing is able to develop swallowing reeducation programs involving several complementary approaches, including compensatory and therapeutic interventions.

Rehabilitation nursing care for the person with swallowing disorders presents itself as a real challenge. The early and systematic intervention of the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing, whether in the assessment of the person or in the reeducation of swallowing, allows an early diagnosis, preventing possible complications and achieving health gains.

Keywords: Rehabilitation Nursing, Swallowing Disorder, Swallowing Reeducation, Specialized Skills.

ÍNDICE

Introdução	10
1. Enquadramento conceptual	13
1.1. A pessoa com alteração da deglutição: o olhar do EEER	13
1.2. Avaliação da pessoa com risco ou suspeita de alteração da deglutição.....	15
1.3. Cuidados de Enfermagem de Reabilitação na Reeducação da Deglutição	17
1.4. Contributos da Teoria do Défice de Autocuidado de Dorothea Orem	20
2. Percurso de Desenvolvimento de competências do EEER	21
2.1. O Contexto Comunitário: a realidade de uma ECCI	21
2.2. O Contexto Hospitalar: na vanguarda de uma Unidade de AVC.....	37
3. Avaliação do Percurso.....	52
Considerações Finais	54
Referências Bibliográficas	56

Apêndices

Apêndice 1 – Projeto de Estágio

Apêndice 2 - Sinais e sintomas de alerta

Apêndice 3 - Avaliação Indireta de Deglutição

Apêndice 4 - Técnicas posturais

Apêndice 5 – Estimulação Sensitiva

Apêndice 6 - Mudanças voluntárias da deglutição

Apêndice 7 - Exercícios neuromusculares

Apêndice 8 – Estudo de Caso em Contexto ECCI

Apêndice 9 – Guia para Utente e Cuidador: Reeducação da Deglutição

Apêndice 10 - Reeducação da deglutição na pessoa com Disfagia: Formação de Enfermeiros da ECCI

Apêndice 11 – Jornal de Aprendizagem – Síndromes Neurovasculares

Apêndice 12 – Avaliação Cognitiva

Apêndice 13 - Estudo de Caso em Contexto U-AVC

Anexos

Anexo 1 – GUSS

Anexo 2 – Fotografias Materiais da U-AVC

Anexo 3 – Certificado de participação no Webinar da OE “A Enfermagem de Reabilitação na deglutição comprometida”

INTRODUÇÃO

O presente Relatório de Estágio surge no âmbito da Unidade Curricular de Estágio com Relatório, do 12º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação. De acordo com o Regulamento Geral de Funcionamento dos Ciclos de Estudos Conducentes ao Grau de Mestre da ESEL com este curso pretende-se “cumulativamente promover a aquisição de competências comuns, específicas e acrescidas do Enfermeiro Especialista” (ESEL, 2021).

O presente trabalho tem como objetivos específicos: **Desenvolver competências nas intervenções de enfermagem de reabilitação no cuidado à pessoa com alterações da deglutição**, uma área de interesse pessoal relacionada com o Projeto de Estágio, realizado *à priori*, intitulado “Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com alteração da deglutição”; e segundo, **Desenvolver competências específicas do enfermeiro de reabilitação, na intervenção à pessoa com alterações neurológicas, respiratórias, cardíaca, motoras ou outras incapacidades**. Neste sentido pretende-se com este atingir a finalidade do desenvolvimento de competências do EE e EEER definidas pela OE.

A Enfermagem de Reabilitação surge no desenvolver do meu percurso profissional como uma necessidade, que advém de uma inquietação - uma população alvo de cuidados envelhecida, com um número crescente de comorbilidades e complicações associadas a estas - que grita a necessidade de agir na prevenção de incapacidades e na maximização da funcionalidade. Convicta de que a reabilitação dá resposta a esta preocupação - ao constituir-se como um processo dinâmico, dirigido à saúde, capaz de ajudar a pessoa doente ou com incapacidade a alcançar o máximo de funcionalidade, seja ela física, mental, social, económica ou espiritual, com o objetivo de promover a independência (Hoeman, 2011) - abraço o desafio de desenvolver um conjunto de atividades no decorrer de um estágio objetivando com o presente trabalho realizar a sua descrição e análise.

Relativamente aos cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com alteração da deglutição, cedo percebi que a avaliação da deglutição é algo complexo, à semelhança do ato de deglutição, que se caracteriza por ser dinâmico e rápido, envolvendo um conjunto complexo de estruturas interdependente comandadas pelo sistema nervoso (RCSLT, 2021). De acordo com a OE (2019b) é competência do EEER avaliar, conceber e implementar planos de enfermagem de reabilitação com base em problemas reais das pessoas. A alimentação é uma das funções que pode estar alterada, sendo que as intervenções autónomas do EEER no âmbito deglutição são classificadas como área de investigação prioritária pela OE (2015). Neste sentido, este trabalho procura contribuir para uma melhoria da prática de cuidados à pessoa com alteração da deglutição através da intervenção do EEER.

A disfagia surge como uma dificuldade no processo de deglutir, resultante de um atraso na duração do fluxo do bolo alimentar, na penetração ou aspiração para as vias aéreas, com ou sem a existência de resíduos pós-deglutição na cavidade faríngea (Cohen et al., 2016). Esta pode estar associada a um grande número de distúrbios, como causas neurológicas, alterações anatómicas da região da cabeça e pescoço ou como causas secundárias a fármacos (Braga, 2016a; WGO, 2014; RCSLT, 2021). As consequências desta alteração podem ser variadas, apresentando a pneumonia de aspiração um peso particular por estar associada ao aumento do internamento hospitalar com risco acrescido de morte, acrescenta-se também a desidratação, desnutrição e alterações psicológicas, todas estas com prejuízo direto na qualidade de vida da pessoa (Cohen et al., 2016; Oliveira, Couto & da Mota, 2019; Clare, 2018).

Os cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com alteração da deglutição compreendem a avaliação da deglutição e, na presença de alterações, a reeducação da deglutição. Relativamente à avaliação da deglutição, a literatura defende duas abordagens: a avaliação clínica “à beira da cama”, composto pela avaliação indireta e direta da deglutição, onde o EEER tem um papel central; e a avaliação através de técnicas endoscópicas (Cohen et al., 2016; Braga, 2016a). Relativamente à reeducação da deglutição a OE (2019) reconhece competência ao EEER para conceber planos, selecionar e prescrever as intervenções para otimizar e/ou reeducar a função alimentar. Um programa de reeducação da deglutição envolve várias abordagens complementares, dividindo-se estas em intervenções compensatórias e terapêuticas (Braga, 2016b).

O modelo Teórico do Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem foi o referencial teórico escolhido para guiar este percurso. À luz desta teoria, a enfermagem é concebida como uma profissão capaz de satisfazer as necessidades de autocuidado dos indivíduos (Orem, 2001). A alteração da deglutição implica um déficit na atividade de autocuidado alimentação e o EEER vai atuar na avaliação da presença ou não desse déficit e na promoção do autocuidado através da reeducação da deglutição.

A estrutura deste documento divide-se em três grandes capítulos. O primeiro de cariz conceptual, o enquadramento teórico do tema abordado e ainda os contributos do modelo teórico do Déficit de Autocuidado de Orem. O segundo capítulo de cariz prático-reflexivo, onde é feita a análise crítica e reflexiva das atividades desenvolvidas em contexto de estágio, subdividido pelos dois locais, a ECCI e a U-AVC. No terceiro é feita a apreciação do processo de aprendizagem realizado e, por último, culmino este relatório ao tecer as considerações finais.

De forma a alicerçar algumas das atividades desenvolvidas em contexto de estágio, em apêndice inseri vários documentos desenvolvidos neste âmbito, sendo que se optou por

não incluir um dos jornais de aprendizagem por conter aspetos pessoais não relevantes para o presente relatório.

Este trabalho faz uso a uma lista de siglas e assume as orientações da norma de trabalhos da ESEL, adotando por esse motivo a última versão da *American Psychological Association* e novo acordo ortográfico da Língua Portuguesa.

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Neste primeiro capítulo é apresentado o enquadramento teórico referente ao tema selecionado: Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com alteração da deglutição. Este enquadramento tem origem numa revisão da literatura realizada em primeira instância como suporte teórico ao desenvolvimento do projeto de estágio (apêndice 1), assim como a pesquisas subsequentes para dar resposta a novas necessidades e atualizações decorrentes da confronto com a prática de cuidados.

Com esta revisão pretendo apresentar a relevância do fenómeno da alteração da deglutição nas várias populações do contexto de cuidados, a importância do seu rastreio e da correta avaliação, quer para o diagnóstico precoce, assim como na prevenção de complicações e por fim apresentar as intervenções de reeducação da deglutição com vista à reabilitação deste autocuidado.

1.1. A pessoa com alteração da deglutição: o olhar do EEER

A deglutição no seu estado pleno é um processo dinâmico e rápido, envolvendo um conjunto complexos de estruturas interdependente (orais, respiratórias, faríngeas, laríngeas e esofágicas) comandadas pelo sistema nervoso (RCSLT, 2021). O seu pleno funcionamento dependente da integridade deste sistema, sendo o controlo neurológico responsabilidade dos gânglios basais, hipotálamo, amígdala, cerebelo, mesencéfalo, tronco cerebral e pares cranianos, com representação cortical bilateralmente (Braga, 2016a). Numa perspetiva adicional, a alimentação transcende a sua função biológica de nível nutricional, apresentando-se como uma fonte de prazer e ainda com relevante cariz social e cultural (Branco e Portinha, 2017; Dziewas et al., 2017).

Relativamente ao seu mecanismo de funcionamento, a deglutição pode ser dividida em cinco fases. A primeira, facultativa, diz respeito à fase antecipatória, que é voluntária e interdependente das restantes, começa com a escolha do alimento, desencadeando uma resposta neurosensorial, através do pensamento no alimento (estruturas corticais superiores) e pela estimulação sensorial (visão e olfato) (Branco e Portinha, 2017), como consequência dá-se a produção de saliva e de sucos gástricos. A segunda, a fase oral preparatória é voluntária e consciente, consiste na transformação do alimento em bolo alimentar, através do processo motor de mastigação acionado por uma resposta neurosensorial positiva (Branco e Portinha, 2017; Braga, 2016a). Nesta fase a via aérea está aberta possibilitando a respiração nasal (Branco e Portinha, 2017; Braga, 2016a). Em terceiro temos a fase oral, esta é voluntária e consciente, responsável pelo transporte do bolo alimentar até à orofaringe, através de movimentos ântero-posteriores da língua que promovem o transporte até a porção posterior da cavidade oral, parte faríngea da língua e

valécula (Branco e Portinha, 2017; Braga, 2016a). A penúltima, a fase faríngea com início voluntário e restante reflexo, envolve uma sequência de funções complexas organizadas em duas tarefas essenciais: a transação dos alimentos da faringe para o esófago e a proteção da via aérea. Nesta é desencadeado o reflexo de deglutição, quando o bolo passa o pilar amigdalino anterior, dando-se a elevação do palato mole que contacta com a parede lateral e posterior da faringe, encerrando a nasofaringe (pausa na respiração nasal e evicção de alimentos na cavidade nasal); concomitantemente o bolo move-se para a faringe por movimento de retropulsão; culminando com a abertura do esfíncter esofágico superior por compressão do bolo alimentar (Braga, 2016a). A última etapa é a esofágica, iniciada pela entrada do bolo no esófago, os líquidos transportados por ação gravitacional e os sólidos auxiliados pelos movimentos peristálticos, esta é inconsciente e involuntária (Branco e Portinha, 2017).

Conclui-se, que na presença de alteração das estruturas envolvidas na deglutição, incluindo as neuroanatômicas, existirá como consequência uma alteração nas fases da deglutição, estando perante um caso de disfagia (Dziewas et al., 2016). Esta apresenta-se como um sintoma, podendo a sua causa estar associada a um grande número de patologias e distúrbios: alterações neurológicas (AVC, tumor cerebral, demência, Parkinson); cancro da cabeça e pescoço; traumatismos ou cirurgias da cabeça ou pescoço; a presbifagia, associado ao processo natural de envelhecimento; a disfagia pós entubação orotraqueal ou traqueostomia; as lesões por ingestão de agente corrosivo; a paralisia das cordas vocais; ou causa autoimune (miastenia gravis). Podem também ser consideradas causas secundárias a fármacos (uso prolongado de benzodiazepinas e antipsicóticos) e ainda após quimioterapia ou radioterapia (Braga, 2016a; WGO, 2014; RCSLT, 2021; Dziewas et al., 2017; Groppo-Lawless et al., 2019). Salvaguarda-se que as causas mencionadas relacionam-se com os distúrbios decorrentes de alterações da faringe, excluindo-se distúrbios do esôfago. Neste sentido, com base nos fatores motivacionais e contextuais do presente trabalho, ressalva-se que o mesmo apenas abordará a disfagia orofaríngea em adultos.

De acordo com a literatura, uma das causas que justifica a elevada incidência da disfagia prende-se com o AVC, sendo esta uma doença com elevada prevalência em Portugal. De acordo com o Plano Nacional de Saúde 2021-2030, “o grupo dos problemas de saúde de elevada magnitude, quer em termos de carga de mortalidade, quer em termos de carga de doença e incapacidade”, continua a ser dominado pelas doenças do aparelho circulatório. O AVC surge como a primeira causa de anos de vida por incapacidade entre 2009-2019 (DGS, 2022), acrescentando-se que os números da mortalidade por AVC (isquémico e hemorrágico) no ano de 2021 foi de 519 pessoas (SNS, 2022).

A disfagia é uma das possíveis complicações do AVC, com incidência até 65% nas primeiras semanas (Cohen et al., 2016) e com 40% a 78% das pessoas após AVC a

apresentarem alguma forma de disfagia (Clare, 2018). A disfagia nesta população acarreta um aumento do risco de pneumonia, desidratação e desnutrição, e ainda alterações psicológicas, traduzindo-se em piores resultados funcionais e de qualidade de vida (Cohen et al., 2016; Oliveira, Couto & da Mota, 2019; Clare, 2018). Outra possível razão refere-se às alterações neurológicas, como a demência, onde a coexistência com a disfagia traduz-se maior risco de desenvolver pneumonia por aspiração, incidência seis vezes maior, com um risco de desenvolver sépsis de 56%, e ainda de 2,5 vezes mais a ocorrência de desnutrição. Associada à demência, acrescenta-se ainda um aumento de procedimentos invasivos, um tempo de internamento hospitalar de 38% mais longo e a despesas hospitalares totais 30% mais altas (Paranji, Paranji, Wright & Chandra, 2017). Estes números são representativos do impacto da disfagia na pessoa, família e sociedade, acrescendo o facto de poder coexistir com tantos outros distúrbios e patologias.

As consequências da disfagia podem ser variadas dependendo do grau de severidade das estruturas envolvidas e da causa da alteração. No entanto, a pneumonia de aspiração tem um peso particular por estar associada ao aumento do internamento hospitalar, com maior risco de morte. Acresce ainda o facto de ser muitas vezes silenciosa, ou seja, em mais de 40% dos casos há uma ausência de sinal externo ou angústia (Cohen et al., 2016). Por este motivo, a literatura defende que após um AVC não deve ser iniciada dieta oral, antes de ser realizada a avaliação da deglutição, pois o diagnóstico precoce reduz três vezes o risco de complicações (WGO, 2014). Assim sendo, torna-se crucial reconhecer os sinais e sintomas que alertam para a disfagia orofaríngea, encontrando-se explanados no apêndice 2. Neste sentido, no subcapítulo seguinte será desenvolvida avaliação da deglutição, uma intervenção rigorosa a aplicar a todas as pessoas com alterações reais ou potenciais da deglutição e/ou sinais/sintomas de alerta, de modo a realizar a identificação precoce da disfagia e a prevenção das suas complicações.

1.2. Avaliação da pessoa com risco ou suspeita de alteração da deglutição

De acordo com a OE (2019), avaliar o risco de alteração da funcionalidade a nível da alimentação é competência específica do EEER. A literatura refere duas possíveis abordagens na avaliação da pessoa com alteração da deglutição: a avaliação clínica “à beira da cama”, onde o EEER tem um papel central, pela proximidade à pessoa e competências, sendo esta apreciação essencial para o diagnóstico precoce; e a avaliação através de técnicas endoscópicas (Cohen et al., 2016; Braga, 2016a). A avaliação à beira da cama é parte fundamental da intervenção do EEER, tendo como principais objetivos: avaliar o risco de aspiração e a capacidade de proteção da via aérea, determinando a segurança para a

alimentação via oral; adequar a consistência da dieta; e ainda avaliar a necessidade de realização de técnicas de diagnóstico da disfagia (Branco & Portinha, 2017). Esta avaliação pode ser dividida em duas etapas - a avaliação indireta e a avaliação direta da deglutição, salvaguarda-se que nesta apenas é feita uma correta apreciação da fase oral preparatória e da fase oral (Braga, 2016a).

A avaliação indireta da deglutição inclui a avaliação dos pares cranianos e reflexos envolvidos na deglutição e a avaliação motora e sensitiva das estruturas da deglutição. Esta deve ser antecedida por uma apreciação com base no processo da pessoa, na observação e na entrevista, procurando dados preditivos de alterações que sedimentam a avaliação que se segue. Com o intuito de avaliar a eficácia da resposta neurológica no processo de deglutição é feita a apreciação dos pares cranianos envolvidos na deglutição: o nervo trigémio (V), o nervo facial (VII), o nervo glossofaríngeo (IX), o nervo vago (X) e o nervo hipoglosso (XII), incluindo-se a apreciação dos reflexos envolvidos neste processo, esta encontra-se detalhada no apêndice 3. Seguidamente acrescenta-se a apreciação da sensibilidade e motricidade das estruturas anatómicas envolvidas na deglutição - cavidade oral, faringe, laringe e esófago (Braga, 2016a; Branco e Portinha, 2017). Esta avaliação é algo abrangente à semelhança das várias estruturas envolvidas.

Se na avaliação indireta da deglutição não foram identificadas alterações que ponham em risco o processo de deglutição, ou seja, na inexistência de suspeita de disfagia, então estamos em condições de segurança para realizar a avaliação da deglutição com ingestão de alimentos – avaliação direta. Previamente deve-se garantir algumas condições de segurança: ambiente calmo e sem focos de distração (controlo da estimulação multissensorial), verificar a disponibilidade e funcionamento do equipamento de aspiração, sentar corretamente a pessoa e certificar que compreendeu o procedimento (Braga, 2016a). Relativamente à ingestão oferecida é consensual o uso de água, uma substância inócua, devendo a avaliação direta iniciar-se com 10ml, administrada por colher de alumínio. Após esta administração verificar os sinais e sintomas de aspiração, questionar a pessoa se sente que aspirou e ainda verificar a acumulação de resíduos na cavidade oral (Braga, 2016a). Se esta administração decorrer sem intercorrências repetir o procedimento mais duas vezes (Braga, 2016a). Após esta fase, na inexistência de intercorrências, oferece-se 30 a 50 ml de água por copo, na ausência de sinais de aspiração pedir para beber o restante do copo (Braga, 2016a). Este procedimento deve ser repetido nas três consistências de líquidos e só em caso de segurança prosseguir para sólidos (Braga, 2016a). Relativamente à consistência dos líquidos, estes podem ser ajustados ao pretendido através da utilização de espessante alimentar, tendo em consideração as indicações do fabricante e a existência de grumos ou bolhas (IDDSI, 2019) A avaliação direta é um método acessível, que deve ser realizado por

um profissional treinado estando o EEER apto para o fazer, garantindo as condições de segurança e incluindo-se a avaliação indireta prévia.

A avaliação endoscópica da deglutição é uma avaliação instrumental, realizada por especialistas da área da otorrinolaringologia, podendo ser realizada através de videofluoroscopia ou videoendoscopia (Cohen et al., 2016; WGO,2014). Este deve ser realizada sempre que necessário para um diagnóstico definitivo e caracterizado da disfagia, muitas vezes na presença de alterações mais inferiores associadas à fase laríngea da deglutição.

Relativamente ao uso de instrumentos para o rastreio da disfagia existe um consenso internacional sobre a importância da sua aplicação nas populações de risco, no entanto não há unanimidade sobre qual utilizar (Oliveira, Mota, Freitas, & Ferreira, 2019). A OE recomenda o *Gugging Swallowing Screen* (GUSS) e o *The Toronto Bedside Swallowing Screening* (TOR-BSST) (OE, 2016), ambos com sensibilidade para o rastreio e eficazes na prevenção das complicações da disfagia quando usados precocemente (Oliveira, Mota, Freitas, & Ferreira, 2019). De salientar que a GUSS é constituída, num primeiro momento, pela avaliação de três parâmetros indiretos do processo de deglutição: estado de consciência, tosse e deglutição de saliva (OE, 2016; Trapl et al., 2007). Sendo que só em caso positivo (sem alteração em nenhum parâmetro) é que se segue para a realização do teste direto (ver anexo 1). O *The Toronto Bedside Swallowing Screening Test* tem por objetivo identificar o maior número de casos de risco com base na ingestão de água por colher ou por copo (Martino et al., 2009; OE 2016).

A avaliação da pessoa com risco ou suspeita de alteração da deglutição é um processo complexo, que requer conhecimentos e perícia, na literatura existe consenso entre vários autores sobre o enfermeiro ser o elemento privilegiado na equipa interdisciplinar para rastrear o risco e realizar a avaliação estruturada e confiável da deglutição (Oliveira, Mota, Freitas, & Ferreira, 2019; Palareti et al., 2016). Nesta linha de pensamento, através de um olhar mais especializado, o EEER pelas suas competências específicas traduzidas em intervenções autónomas na área da deglutição contribuirá para a redução das complicações da disfagia, diminuindo o tempo de internamento e promovendo ganhos em saúde. O papel do EEER face a pessoa com compromisso da deglutição ultrapassa a linha da avaliação desta alteração, com um enfoque significativo na reeducação deste requisito universal.

1.3. Cuidados de Enfermagem de Reabilitação na Reeducação da Deglutição

Partindo das competências e padrões de qualidade definidos pela entidade reguladora da profissão, os mesmos defendem que o EEER intervém junto da pessoa com alteração da

deglutição, com o intuito de conceber planos, selecionar e prescrever as intervenções para otimizar e/ou reeducar a função e elaborar programas de reeducação funcional (OE, 2019). Neste sentido, o EEER após a confirmação mais precoce possível da alteração da deglutição deve iniciar um programa de reeducação da deglutição com intervenções específicas promotoras da melhoria da funcionalidade e prevenção de complicações. O programa de reeducação da deglutição pode incluir dois tipos de intervenções: as compensatórias e as terapêuticas (Braga, 2016b; Branco & Portinha, 2017; Moreira, Neves, Lucas, Silva, & Galante, 2021).

Intervenções compensatórias

As estratégias compensatórias permitem a alimentação por via oral na tentativa de anular o risco de aspiração, ou seja, minimizando as possíveis complicações, incluem essencialmente as técnicas posturais, a estimulação sensorial e a alteração da consistência da dieta. Estas têm um benefício a curto prazo, estando o processo de alimentação dependente da adaptação deste pelo enfermeiro de reabilitação (Braga, 2016b; Easterling, 2017; Branco & Portinha, 2017; Moreira, Neves, Lucas, Silva, & Galante, 2021).

No que respeita às técnicas posturais, estas dizem respeito à seleção da postura adequada para uma deglutição confortável e segura (Branco & Portinha, 2017), através da influência da gravidade na transferência do bolo alimentar (Braga, 2016b). Estas incluem a flexão cervical, extensão cervical, rotação cervical para o lado afetado, flexão lateral para o lado são e posição de deitado, encontrando-se esplanadas de forma mais sistemática no apêndice 4. Consoante o objetivo que se prende ao problema da pessoa, estas podem ser utilizadas individualmente ou em combinação (Branco & Portinha, 2017; Braga, 2016b; Easterling, 2017). É recomendada a associação da flexão cervical e rotação cervical para o lado afetado na existência de debilitação faríngea unilateral, redução do movimento posterior da base da língua e/ou encerramento ineficaz das vias aéreas (Braga, 2016b; Easterling, 2017).

A estimulação sensitiva tem por base estímulos sensoriais, que provocam maior excitabilidade dos centros nervosos através da estimulação dos centros corticais da deglutição (Branco & Portinha, 2017; Braga, 2016b; Moreira et al., 2021). São aplicadas em pessoas com défices sensitivos da cavidade oral e faringe, atraso no início da atividade lingual e na resposta motora faríngea (Lazarus, 2017). A estimulação através da mudança do sabor, odor, textura ou temperatura ou ainda do volume do bolo e carbonatação (bebidas gaseificadas) tem como finalidade aumentar a perceção do bolo alimentar, a coordenação das estruturas, aperfeiçoar o circuito oral e faríngeo, reduzindo o risco de aspiração (Braga, 2016b; Moreira et al., 2021). Estas encontram-se resumidas no apêndice 5.

As questões da alteração da consistência da dieta são complexas, estas devem ser equacionadas como última hipótese a implementar pois nem sempre os benefícios para a deglutição são compatíveis com o seu impacto no estado nutricional (Braga, 2016b). As diferentes consistências dos alimentos proporcionam *inputs* sensoriais distintos (Branco e Portinha, 2017), maior espessura traduz-se em melhor *timing* entre a fase oral e faríngea, com diminuição do risco de aspiração. Contrariamente, uma consistência líquida fina beneficia a clearance faríngea, com redução dos resíduos nos seios piriformes (Braga, 2016b). O espessante alimentar é útil na aquisição da consistência pretendida, no entanto não pode ser visto como uma solução (Braga, 2016b).

A reeducação funcional respiratória deve ser incluída como uma medida preventiva em casos de risco de aspiração através do fortalecimento do funcionamento respiratório e da eficácia da tosse (Braga, 2016b). A saúde oral deve ser reforçada por reduzir o risco de pneumonias de aspiração associado à carga bacteriana da cavidade oral (Ubbink, Brölmann, Go, & Vermeulen, 2015), melhorar o paladar e estimular a produção de saliva (Braga, 2016b).

Intervenções terapêuticas

No que concerne às intervenções terapêuticas, estas atuam na otimização da função, com o objetivo de melhorar o *timing*, a coordenação, a velocidade de reação, o planeamento motor e a amplitude de movimentos (Braga, 2016b), através de exercícios de fortalecimento e coordenação que vão alterar a fisiologia da deglutição (Braga, 2016b; Branco & Portinha, 2017; Easterling, 2017). As abordagens possíveis podem incluir as mudanças voluntárias da deglutição ou manobras de deglutição e os exercícios neuromusculares (Braga, 2016b; Easterling, 2017; Moreira et al., 2021).

As primeiras são executadas com o objetivo de melhorar o controlo voluntário do indivíduo sobre as estruturas da deglutição (Branco & Portinha, 2017; Braga, 2016b), com ou sem recurso a alimentos (Braga, 2016b). Estas intervenções terapêuticas incluem a respiração supraglótica, a respiração super-supraglótica ou manobra de valsava, a deglutição forçada, a manobra de Mendelson, a manobra de Masako e a *Lip pursing*, que se encontram esplanadas no apêndice 6.

Relativamente aos exercícios neuromusculares, estes têm por objetivo melhorar a força e coordenação dos grupos musculares da deglutição, tendo por base a aprendizagem ou reaprendizagem de uma sequência de movimentos, acompanhada de *feedback* visual (realizados em frente ao espelho) (Easterling, 2017; Moreira et al., 2021). Incluídos num programa de reeducação da deglutição estruturado é possível observar-se os primeiros resultados funcionais num horizonte de uma a seis semanas (Alves & de Andrade, 2017; Braga, 2016b). Estes exercícios encontram-se no apêndice 7 divididos pelas respetivas

estruturas: os lábios, a língua, a mandíbula, as bochechas, a úvula, o palato mole, a mobilidade laringe e ainda o controlo do bolo alimentar.

A reeducação da deglutição assenta a sua intervenção na neuroplasticidade cerebral, sendo que a literatura descreve que a reorganização do hemisfério contralateral à lesão é a chave da recuperação da deglutição (Cohen et al., 2016). Para prevenir a atrofia de desuso, em especial quando se recorre à alimentação entérica, devem ser implementados programas de reeducação da deglutição o mais precocemente possível (Ubbink et al., 2015). De salientar que o Plano Nacional de Saúde 2021-2030 defende como estratégia de intervenção relativamente à prevenção de complicações ou agudização de doença crónica a implementação de programas de reabilitação pós-AVC (DGS, 2022).

1.4. Contributos da Teoria do Défice de Autocuidado de Dorothea Orem

Face a um compromisso nos processos corporais ou requisitos universais, estamos perante um défice na funcionalidade da pessoa, e consequentemente gera-se uma dependência no autocuidado. De acordo com Dorothea Orem, o autocuidado refere-se a um conjunto de atividades que cada pessoa inicia e realiza com o intuito da manutenção da vida, do bem-estar e da saúde (Orem, 2001). Ao refletir-se sobre a ação profissional dos enfermeiros, esta vai de encontro ao conceito de autocuidado defendido por Orem, onde o fenómeno do autocuidado é central nos cuidados de enfermagem sempre que as situações de saúde-doença exigem necessidades de autocuidados da pessoa superiores à sua capacidade de concretização das mesmas, culminando numa situação de dependência (Orem, 2001). O cuidar em enfermagem surge para suprimir uma situação de dependência, total ou parcial, ao assegurar as atividades que permitam à pessoa a manutenção e o normal funcionamento do corpo humano, quer através de atividades de supervisão, auxílio ou até mesmo substituição (Petronilho, Pinheiro, & Machado, 2021).

Verifica-se uma dualidade entre a realidade no papel do enfermeiro no contexto hospitalar, tendencialmente em assumir a função de assegurar as necessidades de autocuidado, enquanto no regresso a casa ou em situação do domicílio há uma partilha do cuidar, entre enfermeiro e cuidador familiar, sendo que o primeiro tem a responsabilidade de capacitar o segundo com o intuito da promoção da continuidade de cuidados.

2. PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO EEER

Este capítulo tem como objetivo realizar a descrição reflexiva e análise crítica das atividades desenvolvidas em estágio, que vão de encontro aos objetivos traçados no projeto inicial para o desenvolvimento das competências do EEER e com vista à sua aquisição. Estas têm por base os enunciados descritos nas Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2019a), as Competências Específicas do EEER (OE, 2019b), juntamente com os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em ER (Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, 2018) e ainda os descritores de Dublin referentes ao segundo ciclo de ensino. A experiência obtida através da prática clínica está profundamente ligada ao desenvolvimento das competências do EEER, pressupondo-se que ao longo das dezoito semanas de estágio se alcance o mais próximo possível o nível mais elevado de proficiência através de um processo dinâmico aprimorado e aprofundado pela prática de cuidados.

Os subcapítulos seguintes estão divididos pelos dois locais de estágio onde foram desenvolvidas as competências especializadas. Para cada um será realizada uma breve contextualização e posteriormente a descrição das atividades desenvolvidas, ilustradas por situações concretas da prática de cuidados, selecionadas as mais significativas dentro de muitas situações experiências, e enriquecidas pela singularidade de cada ambiente de cuidados. De forma a assegurar “a confidencialidade e a segurança da informação escrita e oral” (OE, 2019a) foram mantidas em anonimato as instituições envolvidas bem como especificidades decorrentes dos contextos.

2.1. O Contexto Comunitário: a realidade de uma ECCL

O primeiro contexto para o desenvolvimento das competências específicas, decorreu num horizonte temporal de nove semanas, foi uma ECCL. Esta pertencente a um ACES da ARS de LVT, estando integrada numa UCC criada em 2010.

De acordo com o Decreto de Lei n.º 101/2006, a ECCL “é uma equipa multidisciplinar destinada à prestação de serviços domiciliários, decorrentes da avaliação integral, de cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação e de apoio social, ou outros” (Administração Central do Sistema de Saúde, 2021). Em termos práticos, as pessoas alvo de cuidados tem de estar inscritos nas unidades de centros de saúde abrangidas pela UCC e concomitantemente integram a RNCCI, sendo referenciados para a ECCL através da Equipa Coordenadora Local da RNCCI. Esta referenciação pode ter origem nas equipas de gestão de alta dos hospitais no caso das pessoas internados com necessidade de continuidade de cuidados após a alta; mas também nas unidades de saúde locais como USF e UCSP.

Em termos de recursos humanos é constituída por oito enfermeiros sendo quatro deles especialistas em enfermagem de reabilitação e os restantes enfermeiros de cuidados gerais. Os enfermeiros da ECCI partilham com a UCC uma equipa multidisciplinar que inclui assistente social, nutricionista, psicólogo, enfermeiro especialista em saúde mental e enfermeiros especialista em saúde infantil e ainda uma assistente administrativa, pertencendo estes profissionais à Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP). A equipa da ECCI não integra profissionais médicos, articulando-se sempre que necessário com os respetivos médicos de referência no centro de saúde, em especial os médicos de família.

Os cuidados de reabilitação são prestados em contexto de visita domiciliária (VD), o horário de funcionamento da ECCI é de 2ª a 6ª feira, das 8h às 20h, e aos sábados, domingos e feriados das 8h às 15h. As VD são programadas em média duas a três por semana, em casos especiais podem ser em dias alterados ou mesmo diárias, sendo a avaliação da necessidade de cuidados o critério para a frequência. É imprescindível a presença e acompanhamento de um cuidador, fazendo-se a ressalva que ao longo deste relatório opta-se pelo termo cuidador familiar em detrimento de cuidador informal, pois foi possível observar que a maioria dos cuidadores são familiares. Acrescenta-se ainda, que ao longo dos próximos parágrafos sempre que é feita referência à pessoa alvo de cuidados inclui-se também o cuidador.

Ao dar início ao estágio, nos primeiros turnos surge a preocupação face a um contexto novo com especificidades inerentes ao mesmo de integrar-me na equipa multidisciplinar da ECCI. Esta foi uma fase em que senti alguma dificuldade, pois o meu percurso profissional desenrolou-se primeiro em contexto de unidade da RNCCI e posteriormente, a maioria, em internamento hospitalar. O contexto comunitário, em especial a articulação dos cuidados de saúde primários, foi um desafio que tive de superar. Para contornar esta aspeto foi uma mais-valia a partilha de informação com a orientadora clínica no sentido de compreender a dinâmica de organização, o funcionamentos e articulação das várias valências, bem como, conhecer os recursos humanos e materiais disponíveis. O autoconhecimento do meio envolvente facilitou “a identificação de fatores que podem interferir no relacionamento com a pessoa cliente e ou a equipa multidisciplinar” (OE, 2019^a), neste contexto a sua otimização contribui para quebrar barreiras de comunicação e compreensão, promovendo a parceria de cuidados com a equipa.

Ao dar início ao estágio, logo no primeiro turno surgiu a oportunidade de realizar a admissão de uma pessoa na ECCI, ainda em modo de observador participante, cedo percebi a importância da avaliação inicial, inserida na lógica do processo de enfermagem, como pedra angular dos cuidados de ER. Do confronto com esta realidade senti que precisava de

estruturar o momento avaliação inicial, com ênfase nos aspetos relacionados com o contexto comunitário e com as particularidades da ECCI, preparando assim as futuras admissões.

Desta primeira admissão percebi que este momento pode ser dividido, de modo informal e estrutural, em dois: o primeiro quando a pessoa é admitida na plataforma da RNCCI e o segundo na realização da primeira VD. O primeiro momento baseia-se na consulta do processo da pessoa, incluindo-se a nota de referenciação de enfermagem e médica, bem como notas de alta em caso de referenciação do hospital. Esta primeira análise é o ponto de partida para a avaliação presencial da pessoa, onde é feito o acolhimento e primeira apreciação de ER, com recurso à entrevista, observação e aplicação de instrumentos de avaliação. Ciente que a avaliação inicial insere-se no processo de enfermagem como um momento chave de identificação dos dados que sustentam e diferenciam as necessidades com que se deparam os EEER, com base na experiência da orientadora clínica tentei compreender o seu método para este momento - um documento modelo para avaliação inicial. Isto foi algo que me fez sentido, no entanto questionei-me sobre o risco deste documento tornar as avaliações pouco específicas e com perda de identidade. O tempo e a sua utilização, demonstrou que apesar de partirmos de um modelo, este unicamente servia como fio condutor, e o resultado final era uma avaliação completa e abrangente, que continha as especificidades de cada pessoa. Não houve espaço temporal para tal, mas com base nesta reflexão fica a sugestão para práticas de cuidados futuros, da formalização deste tipo de ferramentas, num guia orientador de boa prática para avaliação da pessoa com necessidades de cuidados de ER, como é preconizados nas competências comuns do enfermeiro especialista (OE, 2019^a).

Outro aspeto que gostaria de focar são os cuidadores familiares, peças imprescindíveis e angulares nos cuidados de ER em contexto comunitário, em especial nas VD. As pessoas alvo de cuidados da ECCI são “pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não requer internamento, mas que não podem deslocar-se de forma autónoma” (Administração Central do Sistema de Saúde, 2021). Neste sentido, grande parte da população alvo de cuidados depende da presença de um cuidador familiar para assegurar a continuidade dos cuidados, tornando-se indispensável estabelecer uma parceria de cuidados com estes. Assim sendo, desde o momento da admissão é imperativo avaliar a disponibilidade do cuidador e a sua capacidade para participar no processo de reabilitação. No decorrer do estágio percebi a importância dos cuidadores familiares, um elo imprescindível para a continuidade de cuidados mas, em algumas situações, apresentando-se pessoas também elas a vivenciar processos de transição com necessidades de cuidados, passando a nossa intervenção por aconselhar, encaminhar ou mesmo intervir junto destes familiares.

Este foi um tema que refleti e analisei de modo particular com recurso à criação de um jornal de aprendizagem.

Aprofundando agora outro aspeto específicos da avaliação – o contexto social, focando o papel crucial das entidades que prestam apoio domiciliário, no suporte aos cuidados de higiene e/ou alimentação. Isto relaciona-se com a gestão da capacidade de cuidados do cuidador familiar, muitas vezes idoso e exausto, também com limitações e necessidades relacionadas com a sua saúde. Sendo imprescindível perceber a eficácia deste apoio face às necessidades reais, nomeadamente frequência e horários. O EEER por vezes tem de ajudar a pessoa a fazer esta avaliação e incentivar a otimizar os recursos externos disponíveis. Outra preocupação relaciona-se também com a gestão do tempo da equipa para as VD, sendo esta rigorosa, obrigando à articulação com as redes de apoio, para evitar sobreposições de cuidados e otimizar a gestão do tempo de ambas. Este intercâmbio entre o contexto social foi essencial para desenvolver competências associadas à importância de “negociar com” outros prestadores de cuidados com o intuito de otimizar o processo de cuidados da pessoa através do trabalho de equipa (OE, 2019^a).

Outro aspeto crucial nos cuidados domiciliários refere à avaliação das condições habitacionais, estas podem ser fatores facilitadores ou inibidores para a realização das AVD, neste sentido também foram desenvolvidas competências na identificação de barreiras arquitetónicas e sempre que possível orientar para a sua eliminação (OE, 2019b), como veremos nos casos apresentados.

Ainda no decorrer da admissão da pessoa são mobilizadas escalas e instrumentos de avaliação, que de acordo com a OE tem um duplo intuito de permitir quantificar e evidenciar os resultados obtidos pela intervenção dos EEER e ancorar “o desenvolvimento de projetos de investigação que se possam assumir como boas práticas e ser replicados” (OE, 2016, p. 3). Na ECCI tive oportunidade de mobilizar vários instrumentos como: a escala de Braden, a escala de Morse, a avaliação da dor (escala a selecionar consoante a pessoa alvo de cuidados), a escala de Zarit (para avaliação do stress do prestador de cuidados), o Índice de Barthel e a Tabela Nacional da Funcionalidade (TNF).

Tendo como critério aprofundar algumas destas a sua importância no contexto da ER começo por focar o Índice de Barthel, um “instrumento que avalia o nível de independência do sujeito para a realização de dez atividades básicas de vida” (OE, 2016), centra-se sobretudo na avaliação do autocuidado da pessoa no que de acordo com Orem diz respeito aos requisitos universais (2001). A aplicação deste instrumento é uma mais-valia na execução do plano de reabilitação personalizado, com intervenções que vão ao encontro da real necessidade da pessoa. É também usado para monitorizar os ganhos obtidos, ou seja, para reavaliar as intervenções desenvolvidas, deste modo na ECCI é aplicado na avaliação inicial, uma vez por mês e no momento da alta.

No tempo em que aqui estive, a ARS solicitou à equipa um relatório da Tabela Nacional da Funcionalidade (TNF) do ano anterior, este pedido foi algo que me despertou a atenção, levando a refletir sobre a importância da TNF, sobretudo para as entidades decisoras. De acordo com a norma 001/2019 da DGS (2019), a TNF tem por objetivo “quantificar o grau de funcionalidade e medir os ganhos de saúde obtidos após intervenção terapêutica, de reabilitação ou social e planear as intervenções em saúde, nomeadamente o plano de cuidados” (DGS, 2019, p. 4). Conclui então que a TNF é, para o enfermeiro de reabilitação, um instrumento de recolha de informação validado, que permite avaliar a capacidade funcional da pessoa para a realização das AVD e os seus fatores facilitadores e inibidores (OE, 2019b). No entanto este instrumento permite também retirar indicadores sensíveis aos cuidados, contribuindo para a tomada de decisão com vista a melhoria contínua. Com esta reflexão, percebi que o EEER tem o papel privilegiado, pelas suas competências específicas, na aplicação e análise dos resultados deste instrumento. Mas acima de tudo, que é a intervenção do EEER, através de “maximizar o seu potencial funcional e independência” (OE, 2019b), que tem repercussões diretas em ganhos em saúde para a pessoa, família, instituições e comunidade.

O índice de Barthel e a TNF, pelos motivos anteriormente referidos, são bons exemplos de instrumentos de recolha de informação que muito contribuíram para o desenvolvimento de competências na área da avaliação da funcionalidade e diagnóstico de limitações da atividade e incapacidade (OE, 2019b). Acrescenta-se também outros instrumentos, aplicados em exclusivo por EEER obrigatoriamente em todos os processos de cuidados, de igual modo imprescindíveis para o plano de cuidados: a escala *Medical Research Council* para avaliação do movimento muscular e a escala de Berg na avaliação do equilíbrio corporal. Não obstante ao anteriormente referido, gostaria de acrescentar, que foi muito motivador ter uma orientadora clínica que sempre fomentou a utilização de instrumentos para além dos preconizados, aguçando o olho clínico na aplicação e análise dos mesmos, refletindo-se no estudo de caso realizado (apêndice 8). Em suma, os vários momentos de avaliação por mim vivenciados neste contexto, quer em termos de avaliação inicial ou reavaliação, de natureza informal ou formal, as mensais ou no momento da alta, foram ocasiões de desenvolvimento de competências que permitem “identificar as necessidades de intervenção especializada no domínio da ER”, concorrendo para o desempenho da competência específica do EEER - “Cuida de pessoas com necessidades, ao longo do seu ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados” (OE, 2019b).

Antes de partilhar a minha experiência nos cuidados ER a pessoas com alterações específicas, gostaria de fazer uma ressalva referente à diversidade casuística dos cuidados em ambiente comunitário. Assim sendo, as pessoas alvo de cuidados ER apresentam um leque alargado de alterações decorrentes de diversas patologias/situações clínicas,

nomeadamente fratura de fémur, AVC, LVM, DPOC e ainda pessoa em situação de cuidados paliativos. Desta diversidade surgiu a necessidade, à medida que ia prestando cuidados a cada pessoa, realizar revisão da literatura, com vista a “alicerçar os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente” (OE, 2019^a, p. 4749). Estes conhecimentos transformam-se numa mais-valia na avaliação da pessoa com necessidades de cuidados de ER, bem como na concessão de planos de intervenção, incluindo-se nestes as intervenções na área da prevenção de complicações relacionadas com a patologia ou intervenção cirúrgica.

Em Portugal as doenças do aparelho circulatório, com o AVC na primeira linha, são uma prioridade de saúde dada a sua prevalência (DGS, 2022). Duas das pessoas que tive oportunidade de acompanhar desde a admissão na ECCI foram encaminhadas por necessidades de cuidados de ER após AVC. Apesar do subcapítulo seguinte ser dedicado na sua maioria ao cuidado a pessoas com esta patologia, com ênfase na fase aguda e na realidade hospitalar, achei pertinente fazer algumas reflexões com bases nestes casos clínicos, por se encontrarem noutra fase da doença e no contexto comunitário.

A pessoa que primeiro gostaria de falar é uma senhora, de 64 anos de idade, que teve alta hospitalar a 14 de outubro após diagnóstico de endocardite infecciosa e AVC isquémico, e chega até à equipa a 29 de outubro, 15 dias após a alta. Iniciou programa de reabilitação no internamento, com fisioterapia, terapia da fala e ER, mas terá sessado à data da alta. Tem ainda como antecedentes pessoais de saúde relevantes para a reabilitação: fibrilhação auricular sob anticoagulação oral, insuficiência cardíaca com fração de ejeção do ventrículo esquerdo comprometida e *status* pós-infeção por SARS-COV-2 em janeiro de 2021. Na primeira visita foi feita a avaliação inicial, com base: na entrevista à pessoa alvo de cuidados e ao marido – cuidador informal, na observação, e ainda na aplicação de instrumentos e escalas de avaliação. Dos dados recolhidos e da sua análise foi possível diagnosticar alterações da funcionalidade, que comprometiam algumas atividades de autocuidado, sendo crucial também avaliar o cuidador relativamente à sua capacidade para suprir essas necessidades.

Foi então feito o diagnóstico das alterações e identificadas as necessidades de intervenção: a nível sensoriomotor - hemiparesia direita, membro superior força de grau 1 e membro inferior força de 4 de acordo com *Medical Research Council*, afasia de broca e disfagia; a nível cardíaco (intolerância à atividade); e reeducação de AVD (decorrentes parésia e tendo em conta a intolerância à atividade) com especial atenção para a transferência, andar e subir e descer escadas. Relativamente a autocuidado alimentação, a deglutição foi avaliada durante o internamento por EEER, tendo sido detetada uma disfagia para líquidos, com necessidade de ajuste dos mesmos à consistência mel para manter a segurança da ingestão. De acordo com a nossa avaliação, à observação direta a senhora

apresenta controlo e postura da cabeça, peça dentárias mantidas, com ligeiro desvio da língua à protusão, reflexo de vômito mantido, sem desvio da úvula e ligeira estase salivar nos seis periformes, mas sobretudo alterações da força e coordenação dos músculos orofaciais da deglutição.

A etapa anterior foi crucial para avaliar a funcionalidade e diagnosticar alterações que determinam limitações da atividade e incapacidade (OE, 2019b), mas acima de tudo para “concebe[r] planos de intervenção com propósito de promover a capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidades” (OE, 2019b). Nesta fase de aquisição e consolidação de competências, a etapa de planeamento foi muito significativa, criar o processo de ER, com recurso ao SClínico, com o auxílio da orientadora clínica, constitui o momento de pôr em prática o que teoricamente referimos de prática baseada na evidência, ou seja, a tomada de decisão clínica, que integra a mais recente evidencia, a avaliação e a experiência clínica do profissional, com a experiência do doente (valorizando o respeito pela autonomia da vontade), tendo em conta a informação do contexto de cuidados (ICN, 2012). E é na resolução deste emaranhado, que se desenvolve competências no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, no sentido de basear a prática clínica em evidência científica, mas também do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, ao respeitar os direitos da pessoa (OE, 2019^a).

Foi definido um plano de cuidados para esta pessoa que incluía três VD semanais. Com enfoque na reabilitação sensoriomotora foram desenvolvidas várias intervenções: dirigidas à parésia, no membro superiores foram realizados exercícios de mobilizações passivas progredindo para ativas-assistidas e membros inferiores ativas e ativas-resistidas e o ensino de automobilizações; da afasia feita treino de linguagem com recurso a imagens; e da reeducação da deglutição iniciou-se exercícios neuromusculares dos lábios, língua, mandíbula, bochechas e ainda de controlo do bolo alimentar, tendo sido fornecido um guia de exercícios que permitiam ultrapassar a dificuldade de exemplificar os mesmos e permitia a continuidade dos mesmos (falarei mais a frente da criação deste instrumento no decorrer deste estágio). A transferência da cama para a cadeira e vice-versa foi um autocuidado treinado, inicialmente envolvendo o apoio do cuidador e a senhora. À semelhança deste iniciou-se treino de andar com auxiliar de marcha, tripé e apoio de cuidador e posteriormente subir e descer escadas.

Relativamente à patologia cardíaca, como sabemos o compromisso cardiorrespiratório acarreta um impacto significado na saúde da pessoa com consequências ao nível da independência e qualidade de vida. Com esta preocupação envolveu-se nas intervenções sensoriomotoras e treino de AVD, as particularidades da reeducação ao esforço. Os vários exercícios musculares e articulares foram implementados consoante a evolução

em termos de força e tolerância à atividade, recorrendo durante os exercícios à Escala de Borg para a apreciação da evolução do cansaço e dispneia sentidos pela própria. Relativamente ao andar com tripé e posteriormente o subir e descer escadas foram ensinadas estratégias de conservação de energia. Este caso clínico foi muito enriquecedor, pois permitiu desenvolver a competência - “maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa”, com a particularidade das necessidades de equilíbrio entre a promoção das capacidades funcionais motora e cardíaca (OE, 2019b), através de um programa de treino ajustado pela monitorização constante da pessoa.

No caso desta senhora, à semelhança de outros, o acesso de determinados produtos de apoio foi crucial na conceção do plano de intervenção e acima de tudo para a continuidade de cuidados. Esta senhora, inicialmente usava cadeira de rodas para as suas deslocações dentro de casa, após uma semana trouxemos da ECCI, um tripé para iniciarmos treino de andar, sendo que algum tempo depois evoluímos para uma canadiana. Outro produto também prescrito foi o cicloergómetro, que era tanto usado nos membros superiores como inferiores, para promover o treino de resistência aeróbia. Em termos de motricidade fina da mão afetada foram vários os recursos mobilizados, na sua grande maioria disponíveis em qualquer casa, como os anteriormente mencionados. Em cada caso de prestação de cuidados, mas tendo este como exemplo, desenvolvi a capacidade de “seleciona[r] e prescreve[r] produtos de apoio” e ainda “identifica[r] e gere os recursos necessários à consecução das diferentes atividades” (OE, 2019b). Os recursos disponíveis na ECCI são limitados, havia dois andarilhos, um tripé, duas canadianas e um cicloergómetro, muitos deles ofertados, que depois usávamos em modalidade de empréstimo sempre que necessário.

Desde a admissão da senhora a 29 de outubro até ao final do novembro quando foi dada alta dos cuidados da ECCI e encaminhada para a reabilitação hospitalar, muitos foram os ganhos visíveis e mensuráveis por instrumentos de avaliação que se conseguiu com as intervenções implementadas e anteriormente referidas. A nível motor observou-se uma evolução positiva, sendo que a escala *Medical Research Council*, para avaliação da força muscular (OE, 2016) foi um instrumento que nos permitiu medir os ganhos em cada dia de intervenção, e ajustar o plano de intervenção à evolução de reabilitação. Evolui-se de uma hemiparésia de grau 1 no membro superior para um grau 3 e no membro inferior atingiu-se um grau 5 uma força normal. Este aumento de ganho de força permitiu ao nível da motricidade fina da mão realizamos vários exercícios com recurso a moldagem de plasticina, a elásticos de escritório, abrir e fechar tampas de rosca e mobilizar berlindes, sempre numa lógica progressiva; e evoluir de andar com apoio de tripé e segunda pessoa para andar com apoio de mobília em casa e só no exterior com canadiana. Ao nível da intolerância à atividade, no final a senhora verbalizava um esforço muito leve na realização dos exercícios de treino de força e resistência e leve nas AVD andar e subir e descer escadas. Em termos de linguagem

evolui-se no sentido da incapacidade de nomeação e repetição para a nomeação da maioria dos cartões de imagens e repetição com alguns erros de frases simples. Por fim, referente à deglutição, observou-se um aumento da força das estruturas orofaciais, com ausência de desvio da língua e sem presença de estase salivar, pelo que foi realizado teste direto da deglutição para a consistência de líquidos finos, tanto por colher como por copo, não apresentando esta sinais ou sintomas de aspiração, pelo que retomou dieta sem restrições de consistências.

Ainda referente, ao olhar para a pessoa no contexto de família, como um todo, foram duas as situações de necessidade de assumirmos um papel de gestores de conflitos familiares, associados à gestão da ansiedade e a frustração pela barreira da linguagem, e por outro lado ao cansaço do cuidador associado à gestão do humor da esposa. Com isto percebi a importância de avaliar “os aspetos psicossociais que interferem nos processos adaptativos e de transição de saúde/doença e ou incapacidade” (OE, 2019b) pois é a partir destes que conseguimos agir sobre os mesmos. Neste caso foi importante realizar escuta ativa do cuidador, estabelecer com a senhora metas realistas, e ainda incentivar a realizarem atividades que faziam antes do episódio de doença, como dar um passeio. Esta situação levou-me a refletir sobre o desenvolvimento de competências no domínio da gestão de cuidados, que nos descritivos da OE estão direcionados para a equipa de saúde. No entanto faz-me sentido considerar o EEER, a pessoa alvo de cuidados e o cuidador uma equipa, cabendo ao primeiro o papel de otimizar o trabalho de equipa, de reconhecer os papéis e funções de todos os membros, de negociar recursos, e fomentar um ambiente positivo e favorável à reabilitação (OE, 2019a).

Aproximadamente quinze dias após a admissão que anteriormente referi, tivemos oportunidade de realizar uma nova admissão, neste caso um senhor que partilhava com a anterior a patologia causadora do défice de autocuidado e consequentemente a necessidade de reconstrução da autonomia - o AVC. Em contrapartida, este senhor chega até nós um ano após o episódio de AVC, apresentando hemiparésia esquerda de predomínio braquial, membro superior força de grau 1 e membro inferior força de 4 de acordo com *Medical Research Council*, com tónus muscular aumentado apresento rigidez com movimento passivo difícil de acordo com a escala de *Ashworth* Modificada (OE, 2016). Outra particularidade deste caso perde-se com o contexto sociofamiliar, na primeira VD batemos à porta e não houve resposta, após várias tentativas de contato telefónico conseguimos combinar com a filha, um dia e uma hora, para nos abrirem a porta. Percebemos então, que no domicílio tem um senhor confinado ao leito, sem cuidador presente na maior parte do dia, pois a esposa encontra-se no seu local de trabalho. Foi a sogra, que morava na vizinhança que acabou por ser o elo de ligação, a pessoa que nos abriu a porta e estava presente, no entanto neste caso não havia um cuidador disponível que pudesse dar continuidade de cuidados.

Após ultrapassada esta primeira barreira, encontramos um homem com alterações de funcionalidade instaladas, a nível da limitação da amplitude do movimento articular, atrofia muscular, com elevado grau de dependência nos diferentes requisitos de autocuidado, mas acima de tudo desmotivado face à sua situação de saúde. Estes fatores assumiram especial relevância na nossa intervenção e no potencial de reabilitação. Neste sentido a adesão ao regime de reabilitação foi imperativamente trabalhada, havia dias em que proponhamos exercícios e conseguíamos motivar o senhor a participar, enquanto noutros com o mesmo exercício apenas tínhamos uma postura passiva. Para além disto, também estávamos muito limitados em termos de recursos para a implementação de intervenções, por exemplo, não podíamos realizar levantar e deixar o senhor levantado, porque a esposa só chegava no mínimo cinco horas depois. As barreiras arquitetónicas era outra limitação, a casa era alugada não havendo autorização por parte do arrendatário para mudanças, sendo que na porta do quarto não passava a cadeira de rodas.

Após algumas semanas, utilizando abordagens ativas a definição de estratégias para implementar o plano de intervenção, como o levantar para a beira da cama durante a VD, efetuando a maioria dos exercícios sentado, promovendo o uso do cicloergómetro, o treino de ortostatismo recorrendo ao andarilho, entre outros, foram poucos os ganhos conseguidos. Este caso, obrigou-me a analisar os benefícios e as limitações da nossa intervenção, sendo que dessa reflexão percebi que o que disponhamos como intervenção não era o ideal para aquela pessoa e família. Assim sendo, com a ajuda da orientadora clínica, com experiência em situações semelhantes, concluímos que o melhor plano de cuidados seria a referenciação para outro recurso na comunidade. Com consentimento do senhor e da família foi referenciado para outra valência da RNCC, uma Unidade de Média Duração e Reabilitação. Este caso foi importante, para perceber os limites da intervenção enquanto ECCI, desenvolver conhecimentos sobre os outros recursos da comunidade e planear uma solução que pudessemos recomendar e que fossem de encontro às necessidades reais daquela família. Em termos de competência desenvolvi a capacidade de “avalia[r] o processo e os resultados da tomada de decisão” com vista a “constr[uir] as estratégias de resolução de problemas em parceria com o cliente” (OE, 2019a).

A fratura da extremidade proximal do fémur constitui uma realidade e uma preocupação crescente, afigurando-se como um prolema de saúde pública (Cruz et al, 2021), com elevado índice de morbilidade e mortalidade e uma taxa de incapacidade funcional, com menos de 50% das pessoas a retomar as suas AVD (DGS, 2003). A pertinência do papel do EEER na promoção da funcionalidade destas pessoas despertou interesse em aprofundar conhecimentos nesta que era uma área menos consolidada. Por este motivo resolvi desenvolver um estudo de caso sobre os cuidados de ER à pessoa após fratura da extremidade proximal do fémur (apêndice 8), impulsionando-me desta forma a

desenvolvendo competências enfermeiro especialista do domínio da melhoria contínua da qualidade dos cuidados (OE, 2019^a).

No pós-operatório destas cirurgias, o processo de reabilitação está alicerçado a um conjunto de preocupações/necessidades associadas à mesma e a fatores relacionados com a pessoa. Começo por falar da importância de conceber e implementar, o mais precoce possível, um programa de treino motor. Nesse sentido, realizei pesquisa bibliográfica, que juntamente com os conhecimentos da orientadora clínica, transformei em intervenções concretas, no âmbito de exercícios associados ao fortalecimento muscular, promoção da amplitude articular, ao treino de sentar e levantar, o andar com auxiliar de marcha e de subir e descer escadas. Apesar de ser certo que teria de haver uma progressão nos mesmos, e que o principal fator de evolução ser a avaliação constante, senti a necessidade de organizar estas intervenções temporalmente, perspetivando estas na criação de um programa de exercícios de Reeducação Funcional Motora (apêndice 8). A criação deste instrumento permitiu-me desenvolver competências específicas do EEER associadas à conceção de programas de treino motor, bem como, a sua avaliação e reformulação em função dos resultados esperados (OE, 2019b). Neste plano dividi os principais grupos de exercícios, anteriormente mencionados, perspetivados em duas VD ao longo de três semanas, sendo o resultado uma proposta de séries e repetições de cada exercício, bem como a evolução das mobilizações de acordo com os principais grupos musculares (ativos assistidos, ativos, até aos resistidos). Não obstante a isto, este plano de exercícios apresenta-se apenas como um fio condutor da intervenção, sendo adaptado à realidade de cada VD. Recordo-me do dia em que chegámos à casa da senhora e estava em pânico porque lhe tinham antecipado a consulta de revisão de ortopedia para esse dia a tarde. O problema prendia-se com o morar no terceiro andar, ter de subir e descer as escadas, onde teve o episódio de queda que originou a fratura. Inevitavelmente, nesse dia tivemos de antecipar o treino de subir e descer escadas com canadiana, dando a senhora a confiança necessário, salvaguardando as condições de segurança para que conseguisse ir à consulta e gerir o medo.

Outra intercorrência à implementação do plano de reabilitação deveu-se à presença de crises de síndrome vertiginosa, esta despertou-me a atenção para uma preocupação central na pessoa após fratura associada a queda – a prevenção de novas quedas. No acompanhamento destes casos, o EEER pelas suas competências específicas tem uma posição privilegiada na prevenção de novas quedas, através da redução ou eliminação do risco. Neste caso para minimizar o risco de queda associado à síndrome vertiginosa foram feitos ensinamentos à senhora e ao marido sobre reconhecer a patologia e cuidados a ter para prevenir quedas, incluindo algumas sugestões de otimização das barreiras do domicílio (como retirar alguns tapetes). Questionei ainda a orientadora clínica sobre o que poderíamos fazer para otimizar o controlo do síndrome vertiginoso, tendo esta proposto enviarmos um e-

mail ao médico de família a solicitar uma consulta suscitada por este motivo. Analisar e avaliar o risco de queda nesta senhora e no seu contexto, com base nos principais fatores de risco encontrados na literatura, alicerçada à experiência da orientadora clínica, fizeram-me desenvolver competências no âmbito da promoção do ambiente terapêutico e seguro, em especial na prevenção de incidentes e na gestão do risco (OE, 2019a). Com este exemplo ressalva a importância da abordagem multidisciplinar no sentido da complementaridade de cuidados e do papel do EEER como gestor de cuidados à pessoa.

Recordando-me agora do caso de outra senhora, de 59 anos, que colocou uma prótese total de anca direita, e iniciamos cuidados três semanas após a cirurgia. Esta senhora já andava com apoio de andador, mas estava condicionada, sobretudo na satisfação dos autocuidados, pelo medo de nova queda. Este caso fez-me perceber a importância de uma visão mais ampla, esta senhora tinha conhecimento dos principais cuidados, mas o que ela realmente precisava foi o “dar a mão”, estar lá, transmitir confiança para quebrar barreiras, acrescentando-se também o fortalecimento muscular para se sentir mais segura. Por outro lado era uma grande fumadora, com um diagnóstico interrogado de provável DPOC, onde desde cedo percebemos que a tolerância ao esforço teria em paralelo com a funcionalidade motora de ser trabalhada. A imobilidade relacionada com o pós-operatório, acrescida ao medo que a condicionava, aumentaram o cansaço e a intolerância à atividade. Foi imperativo desenvolver um programa de reabilitação respiratória ajustado com o objetivo de melhorar a tolerância ao esforço, para prevenir exacerbações da doença e melhorar a qualidade de vida. Destas necessidades surge um plano de intervenção com componente motora e de tolerância ao esforço: exercícios de abertura costal global com bastão, exercícios de fortalecimento dos membros superiores e depois os exercícios selecionados para os membros inferiores, com vista à reabilitação do membro operado e fortalecimento do contralateral.

Tendo como mote o caso anterior, gostaria de realizar uma breve reflexão sobre os materiais de apoio à enfermagem de reabilitação, que durante o estágio tive oportunidade de mobilizar, tendo-os percebido como fator motivador para as pessoas alvo de cuidados. A orientadora clínica tinha uma mochila, com bandas elásticas, com bola de 15 centímetros de diâmetro para realização de exercícios isométricos e isotônicos, oxímetro para monitorização de saturação periférica de oxigénio e medidor de pressão arterial, e ainda estetoscópio essencialmente para auscultação respiratória. Sempre que a pessoa esteja capacitada para tal e financeiramente haja essa possibilidade, devemos incentivar as pessoas a ter o seu próprio material, para que haja continuidade dos exercícios. Nas situações em que não há essa possibilidade, desenvolvi a capacidade de improvisar esse material, dando resposta às necessidades das pessoas com diferentes recursos, por exemplo, usar garrafas de água como halteres e caso queiramos aumentar o peso preenchendo-as com areia; no caso de um quilograma podemos usar pacotes de arroz/massa/leite; usar o cabo de uma vassoura para

fazer de bastão; entre outros que surgem no decorrer de cada VD. Isto remonta-me para o curso de licenciatura, onde um dos instrumentos básicos de enfermagem lecionados era a criatividade, algo que com o passar dos anos foi ganhando sentido e neste momento para a ER em contexto domiciliário é algo diferenciador.

A senhora anteriormente referida e um senhor com enfisema pulmonar seguido por outro EEER da equipa, mas que por gestão de cuidados ainda realizámos três VD, foram as oportunidades que tive de desenvolver mais competências no âmbito da avaliação da função respiratória e na conceção e implementação de intervenções de reabilitação respiratória. Dos instrumentos mobilizados saliento a escala de Borg modificada, esta avalia em tempo real o grau de esforço percebido pela pessoa, permitindo determinar limites seguros para o treino (OE, 2016). Associada a esta recorremos também à monitorização da saturação periférica de oxigénio e frequência cardíaca, estes são monitorizações indispensáveis para a identificação das necessidades de intervenção e otimização do programa de RFR. Esta é uma área que comparativamente com as demais sinto que foi menos desenvolvida, por circunstâncias de oportunidade, mas que certamente no futuro terei oportunidade de trabalhar. Até porque, a DPOC é uma doença comum, evitável e tratável, estima-se que esta seja a principal causa de morte e uma das principais causas de morbilidade a nível mundial (GOLD, 2022), acrescida a esta temos tantas outras patologias do foro respiratório, como a pneumonia, que são frequentes causas de internamento no meu contexto de trabalho.

Durante este estágio tive ainda oportunidade de prestar cuidados a uma pessoa com deficiência associada traumatismo vertebro medular, de 52 anos, que após uma queda em 2019 apresentou lesão a nível de L1-L2, com paraplegia, tendo ingressado na altura em programa de reabilitação no Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão. Foi solicitada a intervenção da equipa após um internamento longo para investigação de dor abdominal, com algumas complicações associadas. Da avaliação inicial da primeira VD estabeleceu-se como intervenções prioritárias: o fortalecimento motor e cardiorrespiratório por imobilidade associada ao internamento; reaprendizagem das capacidades previamente aprendidas em Alcoitão, permitindo a manutenção da funcionalidade; o controlo da dor neuropática em pessoa com consumo prévio de canabinóides e hábitos toxifílicos; o treino intestinal associado ao intestino neurogénico, agravado pela imobilidade e analgésicos opioides; e ainda os cuidados à úlcera por pressão não obstante à promoção da funcionalidade.

Numa perspetiva de encararmos a deficiência não com um atributo individual, mas como uma desigualdade social, associada à falta de preparação da sociedade perante a diversidade humana, defende-se que o programa de reabilitação valorize as potencialidades da pessoa com lesão medular, tendo como foco a promoção máxima da independência, com vista ao retorno da participação social (Faleiros, Cordeiro, Lopes, Bimbatti & Ribeiro, 2021). Neste sentido, a intervenção do EEER na pessoa com LVM visa a sua recuperação e a

adaptação às limitações impostas pela deficiência, com o intuito de promover ao máximo a capacidade da pessoa para satisfazer os requisitos universais de autocuidado. Neste caso concreto encontrámo-nos num período de transição, onde queremos reconstruir a independência. Nesse sentido iniciamos um programa de fortalecimento motor, para aumentar a força muscular dos membros superiores, retomando os treinos de transferência com recurso a tábua de transferência, que realizava sozinho, necessitando agora de uma ajuda parcial. Sugerimos também retirar drenagem vesical e reiniciar-se os cateterismos vesicais intermitentes, validando previamente a técnica correta e o material necessário. Relativamente ao treino intestinal foi revista com o senhor e a esposa a dieta (incentivando a ingestão hídrica e o reforço de fibras), feitos ensinamentos da massagem abdominal diária e ainda o uso de laxantes tanto osmóticos para amolecer as fezes como estimulantes (bisacodilo retal) que permite um treino intestinal em dias alternados.

Esta foi uma oportunidade para desenvolver competências no cuidado à pessoa com LVM, enriquecida pela partilha do programa de reabilitação com uma família com vasta experiência nas técnicas e no conhecimento sobre direitos da pessoa com deficiência e a acessibilidade. Do anteriormente referido surge um vasto leque a material de reabilitação, como cadeira de rodas, cama articulada, acesso a material de cateterismo vesical intermitente e fraldas, e outros fornecidos pelo Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão como bastão, alteres, tábua de transferência. Apesar destes recursos a habitação onde estes moravam era precária, com muitas barreiras arquitetónicas, no entanto o casal já tinha iniciado uma candidatura à autarquia para aquisição de habitação social, estando de momento a aguardar. Na realidade esta partilha, anexada à experiência da orientadora clínica e ainda a pesquisa realizada sobre a legislação vigente consegui desenvolver competências preconizadas para o EEER a nível do “capacita[r] a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e o exercício da cidadania” (OE, 2019b).

Os últimos dois casos centram-se nos cuidados à pessoa em situação paliativa. Confrontada com esta realidade fui impulsionada a refletir sobre qual o papel do EEER nesta etapa de vida, como poderia a sua intervenção ser diferenciado. De acordo com a WHO (2022), os cuidados paliativos procuram melhorar a qualidade de vida dos doentes, famílias e cuidadores pela prevenção e alívio do sofrimento, através da identificação precoce, diagnóstico e tratamento da dor e de outros problemas, sejam estes físicos, psicológicos, sociais ou espirituais. Ciente que uma das competências específicas do EEER é “cuida da pessoa com necessidades especiais, ao longo do seu ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados”, é consensual que o fim de vida é uma etapa desta, a última. À posteriori, confrontada com a experiência que tive chego à conclusão que de facto a essência dos cuidados paliativos e da ER têm muito em comum: o cuidado centrado na pessoa e

cuidador, direcionado para a otimização e resolução de sintomas, para a melhoria da capacidade funcional e residual, a participação ativa da pessoa e ainda a melhoria da qualidade de vida como algo incontornável (Alves & Babo, 2021). Neste sentido, a oportunidade de cuidar destas duas pessoas, com as suas particularidades, foram os alicerces para o desenvolvimento de competências do EEER no que se refere a cuidar de pessoas na sua fase final do ciclo de vida, indo de encontro à aquisição da primeira competência descrita pela OE (2019b) e anteriormente referida.

Num dos casos que acompanhamos, um senhor com esclerose lateral amiotrófica, inicialmente a nossa abordagem centrava-se na prevenção de complicações associada à imobilidade, tanto a nível motor como respiratório, colaborando sempre em paralelo com a restante equipa multidisciplinar – neste caso a equipa comunitária de cuidados paliativos. Numa fase final, face ao declínio funcional, a nossa intervenção passou a ter como foco o controlo de sintomas mas acima de tudo, acompanhávamos a família, a esposa como cuidadora principal, alertando para a sobrecarga, promovendo a redistribuição de tarefas entre elementos da família; tirávamos dúvidas sobre os passos seguintes face à eminência de um suspiro final; praticávamos a escuta ativa, estávamos lá, mostrando que não estavam sozinhos.

O outro caso era um senhor com uma neoplasia terminal da laringe, acompanhado pela equipa há algum tempo mas que já o conheci em fase de controlo de sintomas. A gestão dos sentimentos dos cuidadores foi de facto o maior desafio porque o senhor manteve-se em fase agónica perto de uma semana. Na reta final, a equipa viu-se muitas vezes confrontada com a pergunta dos familiares, “é agora?” ou “está a chegar o momento?”. Esta é uma pergunta ambígua, porque apesar de o EEER saber e reconhecer os sinais e sintomas da fase agónica, o “agora e a hora” de fato ninguém pode adivinhar. No entanto desenvolvendo uma prática profissional que demonstra uma tomada de decisão segundo os princípios, valores e normas deontológicas (OE, 2019a), o EEER tem por base na transmissão de informação ao cuidador os valores da verdade e da justiça, devendo adaptar a informação à capacidade da pessoa em lidar com ela (Vasconcelos, 2021). Assim sendo, acredito que ao partilharmos com os cuidadores, os sinais e sintomas da fase agónica, estamos a trabalhar o seu processo de luto e a prepará-los para a fase seguinte - o agora.

Na perspetiva do referencial teórico de Dorothea Orem, com a evolução da doença nas situações de cuidados paliativos, em especial em fase terminal é possível observar a evolução numa lógica de cuidados de ER com base nos sistemas de Enfermagem. Em ambos os casos notou-se uma evolução, passando de um sistema parcialmente compensatório para totalmente compensatório com necessidade de substituição da pessoa em todos os seus autocuidados. A par desta evolução observa-se uma necessidade crescente de cuidado no âmbito do sistema de apoio-educação dos cuidadores familiares.

Incutida pela escola desde o curso licenciatura e por um gosto particular pela área formativa manteve sempre uma preocupação ativa pela partilha de conhecimentos em contexto de estágio. Esta partilha surge muitas vezes em momentos informais, “como formador oportuno em contexto de trabalho” (OE, 2019a), mas também através do levantamento das necessidades de formação da equipa. Após conversa com a orientadora clínica sobre estas e tendo já previamente apresentado o tema do meu projeto de estágio – cuidados à pessoa com alteração da deglutição, decidimos que esta seria uma boa oportunidade para desenvolver este tema na equipa.

Com base no tema do projeto, na necessidade de o contextualizar para os cuidados comunitários e adaptar para uma equipa constituída por enfermeiros de cuidados gerais e EEER, surge a ideia de realizar um *Guia para o Utente e Cuidador – Reeducação da Deglutição. Exercícios e Alimentação* (apêndice 9). Este é um guia dedicado a pessoas e cuidadores de pessoas com disfagia e nele encontra-se: uma breve explicação da alteração da deglutição e sinais e sintomas de alerta; um conjunto de exercícios ilustrados de fortalecimento dos músculos envolvidos na deglutição; formas de estimulação sensitiva da deglutição; adaptações necessárias da consistência dos alimentos; e ensino da tosse voluntária como técnica de proteção da via aérea. Foi também realizada uma apresentação (apêndice 10), onde foi exibido um breve enquadramento concetual da temática; o método de avaliação indireta da deglutição, com ênfase para os sinais e sintomas de aspiração; o procedimento para a avaliação direta; e introduzido e mobilizado o Guia anteriormente falado, como ferramenta para explicar as intervenções de reeducação da deglutição; culminando com a documentação destes cuidados em SClínico. De certa forma, pode-se considerar que este trabalho, de partilha, tem por base a disponibilização de “assessoria aos enfermeiros e à equipa”, de forma a favorecer “a aprendizagem e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros e da equipa”, contribuindo para o desenvolvimento de competências comuns do especialista (OE, 2019a).

Através da observação consegui perceber o papel do EEER no seio da equipa, numa equipa em que a maioria das pessoas requer cuidados de ER, os enfermeiros de reabilitação são gestores de cuidados, ao disponibilizar assessoria e colaborar nas decisões da equipa de saúde (OE, 2019^a). Impelida neste ambiente, partindo do papel de observador para observador participante e no final sentindo-me reconhecida pelos pares como elemento com competências especializadas, fui contribuindo ativamente na discussão dos processos de cuidados, num ambiente de partilha, ou através dos conhecimentos mais atuais trazidos do âmbito académico e os enfermeiros pela sua experiência no terreno. Deste modo consegui integrar os conhecimentos, no debate de questões complexas, para desenvolver soluções e emitir juízos, habilidades, preconizado pelos Descritores de Dublin para o 2º ciclo.

Por último, gostaria de referir como resultado final do percurso um à-vontade na prestação de cuidados de ER, tendo sentido integrada pelos colegas como se de um novo elemento da equipa se tratasse. Exemplo disto foi na ausência da orientadora clínica por motivos de férias, a duas semanas do final de estágio, fiquei com um EEER que iniciava férias exatamente no dia de regresso da orientadora, este confiou-se a transmissão da continuidade de cuidados de todas pessoas alvo de cuidados. Terminei referindo que esta foi uma responsabilidade que recebi com agrado, pois espelha a minha integração na equipa e a confiança depositada pelos pares, assim como o trabalho desenvolvido transformado na capacidade de aplicar as competências já adquiridas. Em suma, este contexto de estágio proporcionou-me vários desafios, que foram aproveitados ao máximo e transformados em descoberta, aquisição e aprofundamento de competências comuns e específicas do EEER.

2.2. O Contexto Hospitalar: na vanguarda de uma Unidade de AVC

Com o intuito de dar continuidade ao percurso de desenvolvimento de competências, as restantes 250 horas de estágio foram desenvolvidas em contexto de cuidados hospitalares, num serviço de internamento dedicado ao cuidado de pessoas após AVC – a Unidade de AVC. Esta encontra-se integrada num centro hospitalar central da região de Lisboa e Vale do Tejo e está categorizada como unidade de nível A, de acordo os requisitos da Norma nº 015/2017 de 13/07/2017, da DGS (Direção Geral da Saúde, 2017a). A U-AVC funciona em tipologia de unidade de intermédios, com uma capacidade de nove camas, divididas em três unidades, cada uma com três camas, uma zona de apoio à prestação de cuidados e um espaço de trabalho com computador e ecrã com telemetria da totalidade das pessoas internadas.

A U-AVC assenta os seus cuidados numa abordagem multidisciplinar, com uma equipa diferenciada na abordagem à pessoa com patologia cerebrovascular. A equipa de enfermagem é constituída por vinte e três enfermeiros, incluindo-se uma enfermeira chefe e um elemento de coordenação, sendo que os restantes encontram-se divididos por cinco equipas. Destes enfermeiros seis são EEER, um especialista em enfermagem comunitária, e encontra-se três enfermeiros a tirar a especialidade (dois de ER e um de saúde infantil e pediatria). A equipa de enfermagem é composta por quatro/cinco enfermeiros no turno da manhã, três/quatro no turno da tarde e três na noite, o reforço de enfermeiros está associada à assegurar a via verde da área metropolitana de Lisboa em dias pré-estabelecidos. No turno da manhã dos dias úteis existe um enfermeiro sem doentes atribuídos, responsável pelo apoio à gestão, representação da equipa na reunião diária multidisciplinar, assegurar a função de via verde e ainda prestar cuidados de enfermagem de reabilitação. A equipa médica é constituída por nove médicos, três neurologistas e os restantes de medicina interna, em

estreita colaboração com a equipa de neurorradiologia de intervenção, com participação ativa na reunião diária multidisciplinar para discussão das intervenções de diagnóstico e TEV. O serviço conta com a colaboração de uma assistente administrativa, presença diária de um fisiatra e de fisioterapeutas. Existe também um trabalho estreito de colaboração com as técnicas de doppler, onde diariamente se deslocam ao serviço para realizar os ECD ao estudo do AVC nomeadamente ecodoppler transcraniano, ecodoppler dos vasos do pescoço, o eletrocardiograma e ecocardiograma transtorácico, e ainda no estudo do AVC jovem a realização do doppler com bolhas.

A admissão das pessoas na unidade pode ter diversas origens nomeadamente do serviço de urgência; através da Via Verde AVC; do Serviço de Radiologia (sala de TAC); da Unidade de Neurorradiologia; transferidos de outros serviços do centro hospitalar ou outras unidades de saúde desde a região de Lisboa até ao Algarve; ou internamentos eletivos para a realização de diagnóstico ou TEV. Assim sendo, a U-AVC destina-se a tratar pessoas com AVC em fase aguda ou ao internamento para a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos de alterações cérebro vasculares (como aneurismas e MAV).

Relativamente à Via Verde AVC, esta é assegurada pela unidade 24h por dia, tendo disponível um elemento da equipa médica e um elemento de referência de enfermagem, que em caso de ativação da Via Verde AVC pelo CODU são automaticamente avisados telefonicamente. À chegada, o médico e enfermeiro recebem a pessoa diretamente na sala de TAC afigurando-se este atendimento como um “bypass” à urgência, com o intuito de reduzir o tempo percorrido desde o início dos sintomas até ao início da terapêutica de revascularização cerebral aguda, uma vez que o tempo tem correlação direta com prognóstico.

Desde o início do estágio, devido à grande especificidade de patologias de foro cerebrovascular fui confrontada com a realidade da prestação de cuidados diferenciados, em especial à pessoa após AVC. Neste sentido tive necessidade de procurar sólidos e válidos padrões de conhecimento, indo desta forma ao encontro da aquisição de competências comuns do enfermeiro especialista “suporta a prática clínica em evidência científica” (OE, 2019a). Acrescenta-se ainda o resultado do aprofundamento destes conhecimentos foi imprescindível para alicerçar as intervenções correspondentes às competências específicas do EEER, ao nível do “cuidar de pessoas com necessidades especiais” e ainda “maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa” (OE, 2019b).

A especificidade do vocabulário associado às patologias cérebro vasculares e mobilizados pela equipa, sobretudo nos momentos de transmissão de informação escrita e oral traduziram-se numa dificuldade sentida. Do impacto com esta realidade surge a necessidade de aprofundar um leque de conhecimento diversos, alguns deles associados à avaliação neurológicos, às síndromes neurovasculares, mas também associados às técnicas

de diagnóstico imagiológico ou técnicas endovasculares. O Score ASPECTS (*Alberta stroke program early CT score*) é um bom exemplo disso, ele traduz a avaliação segmentar do território vascular da artéria cerebral média. Em termos práticos, se referirem a um ASPECTS de dez traduz-se numa não evidência de lesão, se for um ASPECTS igual ou inferior a sete, as áreas de lesão são mais extensas, com pior prognóstico (Monteiro et al., 2021). Com o intuito de promover a integração de médicos internos na U-AVC foram realizadas algumas formações associadas sendo que tive oportunidade de assistir à formação “Técnicas de imagem em AVC”, onde o formador era um médico perito em neurorradiologia. Esta foi uma oportunidade de excelência para aprofundar conhecimentos sobre anatomia cerebrovascular interpretada através das técnicas de imagem - TC CE, RM CE e Angio-TC CE.

Para a prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação diferenciados e de qualidade à pessoa após AVC isquêmico, é imprescindível a compreensão dos mecanismos fisiopatológicos envolvidos. Perante um AVC isquêmico é necessária a compreensão da neuroanatomia envolvida, incluindo-se nesta uma variedade de estruturas diferenciadas com uma complexa harmonia de funcionamento do sistema nervoso central e da circulação arterial cerebral. Como consequência da disfunção focal causada pela interrupção do fornecimento de sangue arterial que reflete uma área de isquemia cerebral é possível reconhecer um grupo de síndromes comuns do AVC. Do aprofundamento destes mecanismos fisiopatológicos surge a ideia de criar um jornal de aprendizagem intitulado de Síndromes Neurovasculares. Este culminou com a apresentação de uma tabela, organizada por artérias, a sua área de irrigação e as principais alterações documentadas, uma ferramenta prática que integra a revisão deste grupo de conhecimentos (apêndice 11).

Confrontada com o cuidar da pessoa com alteração neurológica, a primeira necessidade que surge diz respeito, tal como espelham as competências específicas do EEER, “avalia[r] a funcionalidade e diagnóstica[r] alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades” (OE, 2019b). Daqui surgiu a necessidade de desenvolver e consolidar conhecimentos da área da avaliação neurológica, uma área vasta e complexa mas acima de tudo desafiante, à semelhança do sistema neurológico. No contexto da U-AVC esta avaliação reveste-se de uma importância extrema, no sentido de colmatar a necessidade de monitorização constante da pessoa na fase aguda do pós-AVC, com vista à deteção precoce de complicações neurológicas, por exemplo, a transformação hemorrágica de um AVC isquêmico. Neste sentido por rotina, esta avaliação era realizada no início e final de cada turno, e sempre que necessário por força de suspeita de alterações, assumindo um caráter rigoroso e complexo. Não obstante a isto, a avaliação neurológica tornou-se algo que fazia com verdadeira satisfação, pela sua característica desafiante, não havia duas avaliações iguais, cada pessoa pelas singularidades das suas alterações apresentava um leque específico de sequelas. Sendo que muitas foram as vezes em que os achados da avaliação

nerológica davam azo a enriquecedoras discussões entre pares e peritos na área, numa lógica de “rentabiliza[r] as oportunidades de aprendizagem, tomando a iniciativa na análise de situações clínicas” (OE, 2019a). Recordo-me da avaliação da linguagem de uma senhora em específico, que gerou uma discussão entre os peritos do serviço, incluindo EEER e médicos neurologistas, estando perante uma pessoa com discurso não fluente, com compreensão (verificada para escrita e leitura), repetição e nomeação mantidas, com uma disartria severa, não estando desta forma a conseguir enquadrar dentro dos possíveis tipos de afasia. Após a discussão entre vários profissionais, conclui-se que a não fluência do discurso da senhora não estava associada à alteração da linguagem, mas sim estávamos perante uma apraxia orofacial, ou seja, uma dificuldade em realizar um ato motor a pedido, na ausência de qualquer diminuição da força, perda sensorial ou outro défice envolvendo a parte afetada (Campbell, 2013).

Existem também especificidades na avaliação neurológica associadas a determinadas áreas, que se apresentaram como um desafio, é o caso da avaliação dos campos visuais. Esta nem sempre é linear porque podemos estar perante uma pessoa com diminuição acentuada da acuidade visual ou que tenha sido submetida a cirurgia prévia a cataratas. Mas são questões que nos levam a aprofundar a entrevista com a pessoa e/ou cuidadores e investigar a história clínica, para garantir o despiste entre alterações de campo visual ou causas iatrogénicas. Relativamente à avaliação da força muscular, neste contexto de estágio é utilizado o instrumento *Medical Research Council Muscle Scale*, esta escala gradua os níveis de força de zero (sem contração muscular palpável ou visível) até cinco (força normal), sendo que esta graduação refere-se ao máximo esperado para aquele músculo, através de resistência à mobilização ativa (OE, 2016). Pela necessidade de uma alta especificidade da avaliação diferenciada por segmentos corporais, tanto a nível do diagnóstico como na avaliação da progressão ou recuperação, a escala MRC é frequentemente expandida para incluir subclasses (por exemplo, 4+ ou 4-) (Campbell, 2013), refletindo a grau de rigor desta apreciação.

Ainda decorrente da avaliação neurológica, gostaria de fazer a ressalva que esta nem sempre é linear, existem constrangimentos à sua realização, grande maioria decorrentes de alterações do estado mental, que se transformaram em desafios da prática. Por exemplo pessoas desorientadas, agitadas, não colaborantes ou mesmo com estados de consciência sonolento com difícil despertar ou estuporosas, e ainda em casos de défices de atenção. Em caso de dúvida, pode ser necessário realizar avaliação cognitiva da pessoa alvo de cuidados, para ser possível fazer a distinção entre achados decorrentes de alterações neurológicas e défices cognitivos associados a doença psiquiátrica prévios ao episódio cerebrovascular (Campbell, 2013). Durante o estágio prestei cuidados a uma senhora, de 63 anos, que deu entrada após uma queda com traumatismo crânio encefálico, ficando internada com o

diagnóstico de hemorragia subaracnoídea perimesencefálica e aneurisma do topo da basilar. No decorrer da avaliação neurológica apenas se encontraram as seguintes alterações: na avaliação da linguagem, discurso fluente com pausas anómicais na descrição complexas, de acordo com a senhora por défices amnésicos; e ainda uma anisocoria (relatada desde a admissão). De acordo com diário clínico havia uma suspeita estas alterações estarem associadas a um processo demencial. Perante isto achamos necessário, para a avaliação diferencial da pessoa, realizar a avaliação do estado mental, com base em dois instrumentos: o *Montreal Cognitive Assessment* (MOCA) e o *Mini Mental State Examination* (MMSE) (apêndice 12). Em jeito de conclusão ambos os resultados da aplicação dos instrumentos se traduziram em défice cognitivo, o que justificou as alterações de linguagem encontradas, não associadas a défices neurológicos secundários ao diagnóstico atual. Com este exemplo gostaria de ressaltar na avaliação da pessoa, a importância da avaliação crítica do EEER, com base em instrumentos de colheita de dados e na experiência da orientadora clínica.

Neste sentido, para o cuidado de excelência da pessoa após AVC, a neuroavaliação apresenta-se como um alicerce imprescindível na personalização de “planos de intervenção com propósito de promover capacidades adaptativas” (OE, 2019b), com base “conhecimento válido, atual e pertinente” que permitam ser “releva[dor] de conhecimentos na prestação de cuidados especializados, seguros e competentes” (OE, 2019a). Alcançando-se deste modo, uma sinergia no desenvolvimento de competências do EEER mas também competências no domínio desenvolvimento das aprendizagens profissionais do enfermeiro especialista.

Devido às várias especificidades deste serviço, anteriormente mencionadas, este apresenta internamentos breves, com um tempo médio de 48h, mantendo, no entanto a sua finalidade – promoção da capacidade funcional e redução das complicações após o AVC. Neste sentido, durante o internamento são iniciados o mais precoce possível cuidados de reabilitação que possibilitem à pessoa prevenir complicações e maximizar as suas funções, com repercussão direta no restabelecimento da sua independência e com ganhos em saúde. Confrontada durante o estágio com a realidade de internamentos e altas breves impera a necessidade de desenvolver competências na tomada de decisão face ao plano de reabilitação estabelecido e na gestão de prioridades. Várias foram as situações de cuidados a pessoas internadas que na iminência de alta ou transferência para outra unidade, muitas vezes no turno seguinte ou ainda durante o turno, fui obrigada a decidir dentro das várias necessidades de reabilitação, a nível motor, reeducação da deglutição, treino de AVD, entre outras, quais iria priorizar. Neste sentido em discussão, caso a caso, com a orientadora clínica, tomei como fio orientador da tomada de decisão: primeiro perceber qual a necessidade que estaria a causar défices nas atividades de autocuidado da pessoa, e em segundo privilegiar a realização de intervenções que sejam diferenciadoras, isto é que saibamos que nos locais para onde as pessoas vão o acesso às mesmas é mais escasso.

Um bom exemplo disso diz respeito as intervenções do EEER na área da reeducação da deglutição, estas são intervenções que carecem de um grau de treino e especificidade elevadas. Na U-AVC têm o privilégio de ter um perito nesta área de intervenção sendo que por mote do meu projeto inicial de estágio esta foi uma área que enveredei. Da integração das ideias anteriormente explanadas, desenvolvi a capacidade de analisar, por apreciação crítica dos dados recolhidos, e em seguida planear a minha intervenção de acordo com as especificidades referidas. Com isto, foi possível trabalhar no sentido de “demonstra[r] uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas”, mas também “lidera[r] de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética na sua área de espacialidade”, e ainda “gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde” no domínio da gestão de cuidados, (OE, 2019a), em suma várias competências comuns do enfermeiro especialista.

A U-AVC afigura-se como o campo de estágio de eleição para o desenvolvimento das competências específicas na área de desenvolvimento do projeto de estágio - Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com alteração da deglutição. O processo de deglutição, associado a função biológica da alimentação, está intrinsecamente ligado a um dos requisitos universais de autocuidado - manutenção da ingestão suficiente de alimentos (Orem, 2001), contribuindo para a manutenção da vida. Na sequência das competências que lhe são reconhecidas, o EEER estão dotados para a promoção da saúde e prevenção de complicações, o que torna a sua intervenção, ao nível da avaliação e reeducação da pessoa com alteração da deglutição uma mais-valia, que reverte em ganhos em saúde.

Desde o primeiro dia de estágio percebi que a avaliação da deglutição em todas as pessoas internadas na U-AVC era uma intervenção integrada na rotina dos enfermeiros, quer os generalistas como os especialistas. Estes partilhavam um olhar atento desde a admissão até à alta realizando o rastreio a todas as pessoas internadas. A manutenção da segurança da pessoa alvo de cuidados era uma preocupação, afigurando-se na prevenção de complicações associada à aspiração. A avaliação indireta da deglutição é prática enraizada no serviço uma vez por turno, integrando esta aspetos como: o estado de consciência, a postura e controlo da cabeça, a capacidade para deglutir a saliva e cima de tudo a avaliação dos pares cranianos envolvidos neste processo. Na presença de sinais de alerta como sonolência, não cumprir ordens, não ter controlo da postura da cabeça, ou em caso de alterações no normal funcionamento dos pares cranianos (desvio da língua à protusão, diminuição *gag reflex*, assimetria do véu do palato, desvio da úvula/hipotonia), estamos perante uma pessoa que não apresenta critérios de segurança para prosseguir para a avaliação direta da deglutição e de todo manter a via oral para a ingestão de alimentos. Ao integrar-me nesta prática, com experiência da orientadora clínica e um perito nesta área, foi com satisfação e empenho, que aprofundei conhecimentos, olho clínico e perícia na avaliação

desta funcionalidade. Desta forma conseguindo desenvolver competências numa área nobre dos cuidados de ER - “avalia o risco de alteração da funcionalidade (..) alimentação” (OE, 2019b), algo que me propus de modo particular desde a conceção do meu projeto de estágio.

Quando após a avaliação indireta da deglutição estamos perante a ausência de alterações, sem sinais de alerta, quer no contexto de uma admissão ou na sequência da reversão de défices anteriores, é o momento para fazer a avaliação direta da deglutição. Na U-AVC, esta avaliação segue as indicações emanadas por uma instrução de trabalho, elaborada por um EEER perito na área da deglutição. Ressalvando as medidas de segurança prévias ao procedimento e iniciando a avaliação direta pela consistência líquida e seguidamente para a consistência néctar, mel e pudim, até por fim aos sólidos. Para garantir o rigor da preparação das consistências, o serviço dispunha de vários medidores graduados de líquidos e um shaker, conseguindo assim manter as recomendações do fabricante do espessante em utilização. Na presença de sinais e/ou sintomas mínimos de penetração na via aérea ou mesmo aspiração era unânime manter alimentação com recurso à via entérica através de sonda nasogástrica. Esta é uma avaliação que pode parecer simples, com um propósito mais ao nível do ajuste de consistência de segurança, no entanto ela nem sempre é linear, sendo necessário desenvolver algum juízo clínico a seu respeito. Recordo-me de uma senhora a qual tiver oportunidade de prestar cuidados, que no primeiro dia apresentava na avaliação indireta encontrava-se vígil e a cumprir ordens, em termos de pares cranianos associados à deglutição, apresentava língua centrada à protusão, hipotonia da úvula e do véu do palato à elevação, e ausência de reflexo de vômito, motivo pelo qual estava e manteve-se a ser alimentada por SNG. No dia seguinte, em passagem de turno, foi transmitido que apesar de manter reflexo de vômito ausente e hipotonia das estruturas orofaríngeas tinha sido alimentada de pastosa de modo seguro. Ao fazer a avaliação neurológica da senhora, e em questões de avaliação indireta da deglutição, a senhora mantinha a língua centrada à protusão, reverteu a hipotonia do véu do palato realizando uma elevação centrada e o reflexo de vômito já estava presente apesar de diminuído. Apesar desta avaliação ainda não ser tranquilizadora, levantando dúvidas sobre as condições de segurança para alimentação oral, uma vez que a senhora tinha ficado do turno anterior sem SNG, resolvemos realizar a avaliação direta da deglutição. Nesta começou-se diretamente na consistência pastosa, por ser a consistência segura de acordo com apreciação anterior. À observação, após administração de comida pastosa com colher de alumínio, a senhora apresentava uma deglutição tardia, com demora a iniciar a resposta ao estímulo, e após esta deglutição apresentou acumulação de resíduos alimentares. Acrescenta-se ainda que apresentou voz molhada após deglutição, com necessidade de pigarrar. Conclui-se então não estarem mantidas as condições de segurança para alimentação oral, mesma na consistência pastosa, pelo que foi explicado à senhora o motivo de termos de recolocar SNG, priorizando-se a

reabilitação do processo de deglutição e a avaliação constante para, logo que possível, realizar-se nova prova direta.

Uma questão que de facto inicialmente coloquei foi o porquê de não usarem um instrumento para rastreio da disfagia. Mas cedo percebi a resposta. A U-AVC, como referi anteriormente, disponha de uma instrução de trabalho muito abrangente em termos de conhecimentos, que suportava uma avaliação indireta e direta da deglutição, rigorosa e precisa. De facto a sustentação desta instrução de trabalho, que tem por objetivo nortear tanto enfermeiros generalistas como apoiar os EEER, na avaliação da deglutição, vai muito além dos conteúdos e fundamentações de qualquer instrumento. Ao aplicar a GUSS em dois casos, com o intuito de justificar esta apreciação, concluí que o recurso a esta neste contexto específico de trabalho é redutor, pois a mestria nesta área foi desenvolvida a um nível muito elevado face à perícia sobretudo dos EEER.

Ainda relativamente à instrução de trabalho da avaliação da pessoa com alteração da deglutição, inspirada no seu rigor e sistematização, propôs-me revê-la com o intuito de lhe acrescentar uma ferramenta que considero uma mais-valia na prática de cuidados: um fluxograma para a avaliação da deglutição. O enfermeiro especialista tem uma responsabilidade acrescida na gestão dos cuidados de enfermagem e otimização da resposta da equipa, em especial ao “otimiza[r] o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão”, e como EEER tem posição privilegiada na avaliação da funcionalidade a nível da alimentação, acresce o dever de garantir supervisão das tarefas delegadas, garantindo a segurança e qualidade, em especial ao “cria[r] guias orientadores das tarefas a delegar” (Ordem dos Enfermeiros, 2019a). Outra das motivações para a revisão desta instrução de trabalho prendem-se a mobilização das competências do EE e do EEER no que se refere à avaliação da pessoa com alteração da deglutição, ao nível do contexto de trabalho onde presto cuidados, sendo esta uma oportunidade de reflexão sobre um instrumento modelo inspirador para o futuro. Indo com isto ao encontro do que a literatura defende, o uso de protocolos para a avaliação de pessoas com risco de disfagia, tendo por base a utilização de um instrumento de avaliação (Groppo-Lawless, Davies & Lengerich, 2019).

Dando continuidade ao processo de desenvolvimento de competências na área da reeducação da deglutição, a U-AVC ofereceu-me um vasto e enriquecedor leque de oportunidades de prática tanto intervenções compensatórias como terapêuticas. As intervenções terapêuticas em especial os exercícios neuromusculares foram um desafio por vários motivos. Devido às contingências pandémicas que vivemos, as máscaras são um equipamento de proteção individual obrigatório, mas afiguram-se uma barreira quando nos sentamos em frente a uma pessoa para iniciar o treino de deglutição e precisamos exemplificação os exercícios. Para ultrapassar esta dificuldade foi-me sugerido usar um caderno de exercícios ilustrado com fotografias feito por uma aluna anterior de mestrado em

ER. Este foi uma ferramenta útil que juntamente com o espelho vertical móvel que existia no serviço permitiram replicar os exercícios e corrigir os mesmos.

O tipo de exercícios a selecionar ou mesmo priorizar foram outra questão a que me confrontei. De acordo com a literatura, a escolha da abordagem terapêutica deve ter em conta o risco de aspiração e a causa da disfagia, o programa deve ser ajustado à tolerância da pessoa (WGO, 2014). Os exercícios de reabilitação, numa primeira fase, devem ser indiretos (Easterling, 2017), sem utilização de alimentos, devendo começar pelo uso da saliva (Braga, 2016b). De facto é a avaliação das estruturas que nos dá pistas para as alterações que causam a disfagia, ancorando deste modo o tipo de exercícios mais adequados. Casos como o da senhora que pela avaliação apresentava alterações da faríngea e possivelmente a nível da laringe, levaram-se desenvolver investigação no sentido de encontrar os exercícios específicos para a reeducação destas áreas, e não apenas as estruturas orofaciais.

Outras intervenções que tive oportunidade de implementar estão relacionadas com pessoas com dificuldade em controlar e mastigar o bolo alimentar, associadas a diminuição da força das estruturas orofaciais. Nestes casos após investigação da literatura encontrei um grupo de exercícios que aumentam a propriocepção intraoral, promovem o controlo oral e a coesão do bolo alimentar (Branco & Portinha, 2017; Moreira et al., 2021). Para estes exercícios recorre-se a compressas embebidas em água que simulam o bolo alimentar, mantendo uma parte no exterior que podemos agarrar mantendo a segurança do exercício.

Durante este estágio, no sentido de dar resposta ao objetivo específico do projeto associado aos cuidados à pessoa com alterações da deglutição dei ainda continuidade ao processo de investigação nesta área, através de pesquisa de literatura, encontrando-se esta espelhada no enquadramento teórico do segundo capítulo. Com o intuito de partilhar os resultados da investigação e do desenvolvimento das competências associadas a este tema, o estudo de caso (apêndice 13) que realizei neste contexto de estágio, teve como principal foco de preocupação uma pessoa após AVC com alteração no autocuidado alimentação. Este trabalho teve um enfoque especial no espelhar a complexidade e especificidade da avaliação indireta da deglutição e das intervenções na área da reeducação da deglutição. Desta forma apresentei o percurso que desenvolvi através da experiência da prática de cuidar na U-AVC, espelhando o desenvolvimento de competências específicas os EEER ao nível do “cuida[r] da pessoa com necessidades especiais” como ao “maximiza[r] a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa” (OE, 2019b).

Outra área que se reveste como um desafio nos cuidados à pessoa com AVC, diz respeito à reeducação da linguagem. Já anteriormente referi a complexidade da avaliação desta componente, bem como o vasto leque de possíveis alterações que esta área pode apresentar. Recordo-me de uma Senhora de 59 anos, com antecedentes prévios de malformações arteriovenosas no hemisfério esquerdo, com epilepsia focal e um declínio

cognitivo. Apresentava afasia de expressão, com linguagem não fluente, nomeava 1 em 5, repetia com erros, tendo a compreensão mantida. O discurso apresentava um predomínio de circunlóquios, ou seja, “para suprir a falta dos nomes o doente vai substituindo-os por outras palavras e rodeando o assunto utilizando para isso um número exagerado de palavras” (Leal & Martins, 2005). Neste sentido foi iniciado um treino de nomeação, com recurso a cartões com imagens, disponíveis no serviço e ainda cartões com associação de imagens e ação, com o intuito de treinar a nomeação e ainda preservar a cognição remanescente. De modo interessante também a fisioterapia veio avaliar a senhora e discutiu com a equipa de enfermagem de reabilitação, tendo sido unânime apesar dos défices anteriores adquiridos, deveria ser feito um investimento no sentido de perceber se haverá margem para melhorar ou pelo menos termos a certeza que prevenimos o aumento das limitações presentes para esta atividade.

As manifestações, sequelas do AVC, são variados, estando relacionadas com o tipo e extensão da lesão, no entanto as alterações sensório-motoras são substanciais e com impacto direto em vários dos requisitos de autocuidado da pessoa. Após a avaliação sensório-motora é imprescindível a implementação de intervenções adequadas, com vista à independência funcional e o mais precoce possível. O treino neuro-motor compões um conjunto de áreas de intervenção vasta. As paresia, sobretudo, e plégia são uma realidade frequente nas pessoas após AVC, sendo uma preocupação transversal para os EEER na U-AVC iniciar o mais precoce possível exercícios musculo-articulares, com o intuito de evitar complicações, mas sobretudo tendo sempre por objetivo o movimento ativo, por ser este responsável pela aquisição das habilidades funcionais. Nesta sentido ao prestar cuidados a um leque vasto de pessoas, com níveis de força muscular, de pessoa para pessoa, ou mesmo na mesma pessoa em diferentes segmentos corporais, desenvolvi capacidade de avaliação de forma a planear adequadamente a intervenção face a especificidade de cada caso, implementando exercícios passivos até ativos-resistidos. Ainda nesta área, as alterações da motricidade fina ao nível do membro superior e sobretudo dos movimentos da mão são uma área de intervenção que tive oportunidade de desenvolver, mobilizando para tal recursos disponíveis na U-AVC, como as placas de atividades como apertar e desatar botões, os fechos de roupa, atar nós de sapatos e presilhas, ou com roscar de vários tamanhos (anexo 2).

O equilíbrio é componente essencial à realização da maioria das atividades de autocuidado, sendo este imprescindível para avançar para intervenções cruciais na reconstrução da funcionalidade, o sentar à beira da cama, o levantar para cadeirão e o uso do sanitário e o andar, em suma iniciar treino de AVD. Assim sendo, movida por estes factos, apoiada na experiência da orientadora clínica, realizava em todos as pessoas a avaliação do equilíbrio desde o momento que se sentavam à beira da cama até ao treino de andar. Consciente das implicações da limitação ou ausência de equilíbrio, em especial na promoção de um ambiente terapêutico e seguro (OE, 2019a), foi por vezes necessário implementar

programas de treino de equilíbrio. Recordo-me de um senhor, com uma hemiparesia braquial, sem alterações na prova de *Mingazzini*, com equilíbrio estático mantido, no entanto quando se inicia treino de andar apresentava instabilidade postural, ou seja, alterações no equilíbrio dinâmico. Por esse motivo, foram implementados exercícios como: em posição ortostática fazer alternância de carga nos membros inferiores; calcanhares às nádegas no mesmo sítio sem apoio de membros superiores; marchar dobrando o joelho à frente; andar contornando obstáculos como mobiliário.

Em sumas, a riqueza deste contexto de estágio aliada à diversidade de pessoas que tive oportunidade de cuidar pelo olhar de EEER, contribuíram para desenvolver competências específicas dentro dos vários requisitos de autocuidado: “concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas”; “implementa intervenções planeadas com o objetivo de otimizar/ou reeducar as funções ao nível motor” e ainda “elabora e implementa programas de treino de AVD visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia” (OE, 2019b).

Não posso deixar de fazer menção a dois pontos que gostaria de dedicar uma breve reflexão. O primeiro refere-se à ergonomia, em particular à preocupação pela prevenção das lesões musculoesqueléticas, que surgiu neste contexto de estágio pela partilha desta competência de cariz prática pela mão de um EEER perito na área, que me acompanhou ao longo de um grupo de exercícios neuromotor. Desta forma, percebi a importância para EEER de desenvolver competências, ao nível de “planos de treino com vista à promoção da saúde, à prevenção de lesões, à sua reabilitação, capacitação e à autogestão” (OE, 2019b) para trabalhar como modelo de prática na prevenção e minimização dos riscos biomecânicos em contexto profissional. Contribuindo assim para um ambiente terapêutico e seguro, que vai de encontro às competências EE ao nível do “assegura[r] a aplicação dos princípios da ergonomia (...) para evitar danos profissionais aos profissionais e utentes” (OE, 2019a). O segundo diz respeito à reeducação funcional respiratória, começando por assumir que esta foi um dos pontos menos desenvolvidos, em ambos os contextos de estágio, comparativamente com os demais, por vários fatores. No entanto ressalvo que procurei aproveitar todas as oportunidades que tive nesta área, fazendo referência a um senhor que no pré-hospitalar apresentou uma aspiração de vômito vindo a desenvolver no internamento uma pneumonia por aspiração. Esta foi uma chance que agarrei para com base na avaliação respiratória subjetiva e objetiva, incluindo-se a auscultação pulmonar, desenvolver um grupo de intervenções como a drenagem postural, as manobras acessórias (percussão, vibração e compressão); e tosse assistida e dirigida. Ficando porém a certeza, que à semelhança da ergonomia, esta será uma área de competências a aprofundar no futuro.

No que se refere à experiência proporcionada pela U-AVC no que se refere ao acompanhamento de uma situação de Via Verde AVC, esta foi muito gratificante por me

permitir uma observação participante de uma suspeita de AVC, através da partilha do cuidar, com um grupo de profissionais peritos na área, incluindo a orientadora clínica. É um fato que a intervenção no âmbito da Via Verde AVC é regida por protocolos rígidos, com vista a maior rapidez na avaliação, triagem e observação, com o intuito de pessoas vítimas de AVC terem acesso mais célere ao diagnóstico e tratamento (de reperfusão nos casos elegíveis) (Gomes, Marques-Vieira & Braga, 2021). Face a esta experiência refleti sobre qual o papel diferenciador do EEER no cuidado à pessoa em situação de Via Verde AVC, dito por outras palavras, quais as competências específicas e comuns do EEER poderão ser diferenciadoras nesta situação. À chegada à sala de TAC, local de receção da pessoa na Via Verde AVC, é feita a monitorização de sinais vitais e faz-se a avaliação da pessoa. De acordo com a literatura, esta triagem requer um profissional de excelência, capaz de direcionar a importância para os sinais vitais e não para o possível diagnóstico, ou seja, capaz de realizar uma tomada de decisão face às necessidades da pessoa, através do julgamento crítico e raciocínio clínico da sua avaliação (Gomes et al., 2021). Isto remete-me para o preâmbulo do regulamento das competências específicas do EEER, que defende que “o nível elevado de conhecimentos e experiência acrescida permite-lhe [ao EEER] tomar decisões relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação” (OE, 2019b). Ainda associada à apreciação da pessoa, esta vai de encontro à competência específica do EEER, “avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidade” (OE, 2019b), alicerçada pelas competências comuns ao nível de: “desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua” e ainda “baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica” (OE, 2019a). Estas reportam-me para o Plano nacional de saúde 2021-2030, que também ele reforça a necessidade de desenvolver estratégias de intervenção tanto ao nível da “recuperação e/ou melhoria do acesso às Vias Verdes do AVC e do EAM”, aliadas com a “prevenção de complicações ou agudização de doença crónica programas de reabilitação pós-EAM e pós-AVC” (Direção Geral da Saúde, 2022).

Noutro ângulo de visão, a literatura fala-nos da importância da visão holística do enfermeiro, que permite numa situação aguda de risco iminente uma relação empática, com base não só nos aspetos biológicos, mas incorporando também aspetos culturais, sociais e psicológicos, com consequências face à ansiedade e vulnerabilidade que o momento pode acarretar (Gomes et al., 2021). Mais uma vez aludindo estas características às competências comuns: “garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (OE, 2019a). Remetendo para a experiência da Via Verde, a pessoa que recebemos era um homem, de 58 anos, de cultura indiana, com algumas barreiras de comunicação associadas à sua língua mãe o indiano, sendo que era a segunda vez que dava entrada por esta via, motivo pelo qual apesar de parecer ansioso, já se sentia

algun à-vontade nos procedimentos. Senti que apesar do momento inicial ser de caráter urgente, consegue-se pelo enfoque na colheita de dados da pessoa, nas suas particularidades, um cuidado humanizado, indo ao encontro das competências comuns: “garante um ambiente terapêutico e seguro” (OE, 2019a). No decorrer desta avaliação inicial, a equipa para além do exame físico geral, da colheita de história inicial, incluindo hora de início de sintomas (critério de inclusão TRCA) realiza ainda um exame neurológico com base na aplicação da escala *Nacional Institute of Health Stroke Scale* (NIHSS), anteriormente referida. Por último, gostaria de referir que apesar de não ter havido confirmação imagiológica do AVC, com pena minha, no sentido que gostaria de ter acompanhado uma via verde que culminasse em TRCA e que posteriormente seguisse para internamento na U-AVC, não poderia deixar de sublinhar que mais uma vez foi o enfermeiro o profissional que acompanhou a pessoa passou a informação colhida e relativa à Via Verde ao enfermeiro da urgência, dando continuidade aos cuidados.

Relativamente à continuidade de cuidados, espelhada nos momentos informais de “passagem registos de turno”, nos registos informáticos e nas cartas de alta, procurei encontrar um fundamento que diferencia-se os cuidados específicos do EEER. Esta reflexão guiou-me até a um paradigma de cuidados que vai de encontro com uma enfermagem avançada, centrada na tomada de decisão clínica dos enfermeiros perante as transições que a pessoa e seus cuidadores estão sujeitos, muitas destas associadas a dependência no autocuidado, despoletadas por questões de saúde-doença (Petronilho et al., 2021). Neste sentido, procurei que a informação transmitida no âmbito dos cuidados de ER espelhasse as suas competências deste. Dai surgisse informação que retrata as competências específicas do EEER, nomeadamente, uma avaliação da funcionalidade das pessoas e das alterações que afetam os seus autocuidados, acompanhada por um plano de intervenções que desse resposta a este aos vários níveis: motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, de eliminação e sexualidade. Acresce a isto, que esta informação deve conter o resultado da tomada de decisão com responsabilidade profissional, ética e legal, baseada em evidência científica, com vista à melhoria contínua da qualidade dos cuidados, ou seja, com base nas competências comuns do enfermeiro especialista. Um bom exemplo disto está associado à pessoa com alteração da deglutição, onde perante a necessidade de continuidade de cuidados, de âmbito for, o EEER deve apresentar a sua avaliação desta alteração com dados objetivos, que vai alicerçar a sua decisão (manter ou não alimentação por sonda nasogástrica, que consistências são seguras) e definir as intervenções de reeducação da deglutição a serem continuadas para a promoção da funcionalidade do requisito universal ingestão de alimentos.

De modo transversal em todos os contextos de estágio, as questões éticas associadas ao cuidar em ER assumiram uma inquietação particular no meu pensar e agir. É sabido que

a relação entre o enfermeiro de reabilitação e a pessoa que prestamos cuidados deve ser terapêutica, com base na relação de ajuda. Acrescenta-se a isto, que a pessoa alvo de cuidados de ER encontra-se na maioria das situações a vivenciar um processo de transição associado ao seu estado de saúde-doença, que lhe confere uma vulnerabilidade particular. Esta última apresenta-se como uma dependência, seja ela parcial ao total, que cabe aos enfermeiros suprimir, assegurando as atividades que promovam a manutenção e o normal funcionamento do corpo humano (Orem, 2001). Desta simbiose entre a dependência e a necessidade de cuidados, surgem a inquietação sobre a forma de assistir a pessoa alvo de cuidados. Na procura contínua do “garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (OE, 2019a) foi importante desenvolver intervenções que tenham por base as reais necessidades de cuidados da pessoa cuidada, mas também o respeito pela sua dignidade. Assim sendo procurei potenciar ao máximo a funcionalidade da pessoa, fugindo sempre que não era estritamente necessário ao “fazer por”, e promovendo o “fazer com”, ou seja, promovendo sistemas parcialmente compensatórios ou sistemas de apoio em detrimento de sistemas completamente compensatórios (Orem, 2001).

Outro aspeto do domínio ético que acompanhou a prestação de cuidados no contexto de estágio prende-se com a seguinte reflexão: a pessoa com necessidades de cuidados, pela sua condição de doença, na maioria das vezes apresenta uma limitação na sua capacidade de agir, sem que tenha qualquer limitação na capacidade de decidir, e mesmo que haja uma alteração na última, nada vai alterar a sua condição de pessoa. Assim sendo, com vista à proteção dos direitos humanos, numa lógica de cuidados centrados na pessoa, procurei assegurar o respeito da pessoa à escolha e à autodeterminação no âmbito dos cuidados especializados e de saúde. Na prática isto reflete-se na nossa intervenção com a pessoa, por exemplo, quando me dirijo para iniciar exercícios de reeducação da deglutição, antes de começar informo sobre o que vamos (eu e a pessoa) fazer, tiro dúvidas sobre o seu problema de alteração da deglutição, e então solicito a participação da pessoa para os exercícios propostos. Isto reflete o consentimento livre e esclarecido, requisito para os cuidados de ER, mas também uma atitude de respeito pelo outro, que tem por base o princípio da autonomia. E acredito que esta atitude do enfermeiro face à pessoa favoreça a capacidade de se integrar no plano terapêutico, aumentando a motivação e conduzindo ao *empowerment*. Estes aspetos espelham o desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista, em especial no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.

Após estes dois contextos de estágio, do confronto com as experiências vividas, sinto que a consolidação dos meus conhecimentos acerca da enfermagem reabilitação muito terá contribuído para o atingir os objetivos definidos e desenvolver as competências gerais e específicas preconizadas, levando-me ao aperfeiçoamento do meu cuidado com a pessoa

com necessidades especiais em todos os contextos da prática de cuidados. Ao nível dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em ER (Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, 2018), estes foram preocupação implícita ao longo de todo o percurso, sendo que considero que se verificou na prática de cuidados de ER: a satisfação do cliente através por exemplo da discussão e análise com este e cuidadores sobre o processo de reabilitação, com impacto no programa de reabilitação através da motivação; a promoção da saúde, através de intervenções promotoras do máximo potencial de saúde; a prevenção de complicações, pela implementação de estratégias para minimizar o risco de alterações da funcionalidade e limitações da atividade; a promoção do bem-estar e autocuidado através de intervenções sustentadas pela readaptação funcional e/ou reeducação funcional ou ainda promoção da inclusão social.

3. AVALIAÇÃO DO PERCURSO

O processo de aprendizagem decorrente deste percurso teve o seu início com a concretização do Projeto de Estágio intitulado - Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com alteração da deglutição. Este tornou-se uma mais-valia, ao apresentar-se como uma linha condutora para o desenvolvimento das atividades em contexto de estágio. Atividades essas alicerçadas numa revisão da literatura sobre a temática selecionada que permitiram dar resposta ao objetivo específico relacionado com os cuidados de ER à pessoa com alterações da deglutição.

No entanto, o confronto com a prática de cuidados em ambos os contextos de estágio, promoveram o aprofundamento e assimilação desses conhecimentos possibilitando a sua transformação em aquisição de competências, num paradigma de prática baseada na evidência. Foi também a realidade clínica a grande impulsionadora da aquisição de competências do EEER associadas ao segundo objetivo de estágio, cuidados à pessoa com alterações neurológicas, respiratórias, cardíaca, motoras ou outras incapacidades. Sendo que riqueza da complementaridade da casuística inerente a ambos os contextos foi a grande promotora de experiências diversificadas que enriqueceram e marcaram este percurso.

De ressaltar que o contexto de estágio hospitalar, a U-AVC, superou as minhas expectativas como campo de estágio de eleição para a aprendizagem e desenvolvimento de competências. Ressalvo que a minha capacidade crítica acompanhada de uma curiosidade intrínseca pelo cuidar, pelas mãos de peritos em EEER, foram impulsionadoras de uma evolução contínua ao longo do estágio, aproveitando as oportunidades de aprendizagem e evoluído na qualidade até ao limiar da excelência. Como legado máximo deste estágio, levo um aprofundamento de competências na área da avaliação da pessoa com alteração da deglutição, oriundo da partilha de conhecimentos e experiência com um grupo de profissionais incluindo um perito nesta área, que julgo singular na esfera nacional e da qual muito me orgulho.

Não poderia deixar de parte na apreciação deste percurso, o desafio sentido face à conciliação da vida pessoal, profissional e académica, ultrapassada pela perseverança e pela satisfação ao traçar um percurso que no futuro muitas alegrias me trará. Remetendo-me esta reflexão para o pensamento que apresento no início deste relatório, com a sua origem num provérbio chinês atribuído a Lao-Tsé: “Dê ao homem um peixe e ele alimentar-se-á por um dia. Ensine um homem a pescar e ele alimentar-se-á para toda a vida”.

Outro ponto que gostaria de referir diz respeito a algumas competências EEER que ficaram menos desenvolvidas, respetivamente a área respiratória, da eliminação e da sexualidade. Não obstante a isto, o meu percurso de desenvolvimento não se finda neste momento de aprendizagem, pelo contrário, começa impulsionado pelo mesmo. Sendo que

fica o compromisso para o futuro, no âmbito do meu contexto profissional, colmatar estes défices, sobretudo na área da RFR onde num serviço de medicina interna muitas são as necessidades de cuidados que carecem de uma intervenção deste grupo de cuidados especializados.

Em suma, ao olhar para trás, no decorrer de um percurso que já vai longo, é com satisfação que concluo que os aspetos positivos sobrepuseram-se, sem margem de dúvida, às poucas limitações sentidas, e que no final os objetivos traçados foram alcançados com elevado mérito.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Do confronto com a realidade da prática de cuidados observei uma população alvo de cuidados cada vez mais envelhecida, num crescente de episódios de doenças agudas e agudizações de doenças crônicas. Em paralelo a este processo de senescência observa-se um declínio da capacidade funcional, com agravamento da dependência, acrescido de redução da autoestima e qualidade de vida. O EEER encontra-se numa posição privilegiada para assumir um papel primordial no cuidado a estas pessoas, contribuindo com as suas competências específicas para a promoção da saúde, prevenção de complicações, tratamento e reabilitação, maximizando o potencial da pessoa (OE, 2019b) com melhoria da qualidade de vida destas e seus cuidadores.

O cuidado de enfermagem de reabilitação à pessoa com alteração da deglutição apresenta-se como um desafio real associado à complexidade do processo de deglutição. A disfagia, em especial o seu rastreio, afigura-se como um problema transversal a muitas áreas do cuidado, obrigando-nos por este motivo a uma atitude ativa e atenta face aos sinais e sintomas de alerta. Esta alteração impera uma intervenção do EEER, precoce e sistematizada, quer na avaliação da pessoa quer na reeducação da deglutição, permitindo um diagnóstico precoce, prevenindo as suas possíveis complicações e conseguindo ganhos em saúde.

De igual modo, também no seio da equipa multidisciplinar, o EEER é uma mais-valia, pois este tem as competências necessárias para cuidar da pessoa ao longo de todo o seu ciclo de vida. Este apresenta um olhar diferenciador enriquecido pelas competências comuns do enfermeiro especialista, área da conceção, gestão e supervisão de cuidados mas também no âmbito da formação, investigação e assessoria (OE, 2019b).

No futuro próximo, com vista a dar continuidade a este percurso como EEER perspetivo implementar um projeto de melhoria contínua da qualidade de cuidados, no serviço onde desempenho a minha atividade profissional, com base nos cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa em contexto de internamento num serviço de medicina interna. Acrescentando-se a este os cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com alteração da deglutição, uma realidade prevalente desse contexto que anseia por uma intervenção estruturada a fim de serem alcançados melhores resultados. Desde modo, integrado nesse projeto e dando continuidade a uma das atividades realizadas em contexto de estágio irei propor a chefia do serviço uma norma de procedimento referente à avaliação da pessoa com suspeita ou alteração da deglutição que será o alicerce para a intervenção de reeducação da deglutição.

Após a conclusão do estágio, mantendo o interesse particular pela área da alteração da deglutição, tive a oportunidade de assistir ao *Webinar* da OE intitulado “A Enfermagem de

Reabilitação na deglutição comprometida” (anexo 3), tendo sido este uma mais-valia pela assimilação de conhecimentos e por constituir uma partilha de experiências entre pares inseridos numa lógica de prática de cuidados.

Termino este desafio com a certeza que novos reptos estão a surgir. Ciente que os contextos de cuidados, mergulhados na envolvência socioeconómica e política da atualidade, nem sempre facilitam a implementação na prática das competências específicas que me proponho ser reconhecidas com este relatório. No entanto, acredito que cabe a cada um de forma individual, pela sua presença e postura, marcar a diferença através da articulação de cuidados, ditando desta forma a importância do papel do EEER para a equipa multidisciplinar e para a pessoa alvo de cuidados e seus cuidadores.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde, I. (2021). Rede Nacional de Cuidados Paliativos. Retrieved June 14, 2022, from <https://www.acss.min-saude.pt/2016/12/14/cuidados-paliativos/>
- Alves, I. C. F., & Andrade, C. R. F. (2017). Functional change in the pattern of swallowing through the performance of orofacial exercises. *Codas*, 29(3), 1–5. <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20172016088>
- Alves, J., & Babo, M. (2021). Enfermagem de reabilitação à pessoa adulta/idosa em cuidados paliativos. In *Enfermagem de Reabilitação. Conceções e Práticas* (1ª edição, pp. 329–335). Lisboa: Lidel - Edições Técnicas.
- Atkinson, K., & O’Kane, L. (2018). Thickener and beyond: an individualised approach to dysphagia management. *British Journal of Neuroscience Nursing*, 14(Sup2), S13–S19. <https://doi.org/10.12968/bjnn.2018.14.sup2.s13>
- Braga, R. (2016a). Avaliação da Função Deglutição. In *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 181–188). Loures: Lusodidacta.
- Braga, R. (2016b). Reeducação da Deglutição. In *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 263–270). Loures: Lusodidata.
- Branco, C., & Portinha, S. (2017). *Disfagia no Adulto - da teopria à prática* (1ª edição). Lisboa: Papa-Letras.
- Campbell, W. W. (2013). *DeJong’s The Neurologic Examination* (7ª edição). LIPPINCOTT WILLIAMS & WILKINS, a WOLTERS KLUWER business.
- Chen, P. C., Chuang, C. H., Leong, C. P., Guo, S. E., & Hsin, Y. J. (2016). Systematic review and meta-analysis of the diagnostic accuracy of the water swallow test for screening aspiration in stroke patients. *Journal of Advanced Nursing*, 72(11), 2575–2586. <https://doi.org/10.1111/jan.13013>
- Clare, C. S. (2018). Role of the nurse in stroke rehabilitation. *Nursing Standard (Royal College of Nursing (Great Britain) : 1987)*, 33(7), 59–66. <https://doi.org/10.7748/ns.2018.e11194>
- Cohen, D. L., Roffe, C., Beavan, J., Blackett, B., Fairfield, C. A., Hamdy, S., ... Bath, P. M. (2016). Post-stroke dysphagia: A review and design considerations for future trials. *International Journal of Stroke*, 11(4), 399–411. <https://doi.org/10.1177/1747493016639057>

- Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. (2018). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação. Retrieved from https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8141/ponto-4_regulamento-dos-padrões-qualidade-ceer.pdf
- Cruz Arménio, Carvalho e Sá Maria, Conceição Virgílio, Castro Joana, Baixinho Cristina, S. L. (2021). A Pessoa com Doença Músculo Esquelética. In S. Editora (Ed.), *Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Doença Aguda* (1ª Edição, pp. 761–785). Sintra.
- Direção Geral da Saúde. (2003). *Fracturas da extremidade proximal do fémur no idoso: recomendações para intervenção terapêutica*. Direcção Geral de Saúde. Lisboa: DGS. Retrieved from <https://nocs.pt/fracturas-extremidade-proximal-femur-idoso/>
- Direção Geral da Saúde. Norma Nº 015/2017: Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Adulto, Direção Geral da Saúde § (2017).
- Direção Geral da Saúde. (2017b). *Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares*.
- Direção Geral da Saúde. (2022). *Plano Nacional de Saúde 2021-2030. Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s*. Lisboa.
- Direcção Geral da Saúde. (2019). *Norma da DGS Implementação da Tabela Nacional de Funcionalidade no Adulto e Idoso. Norma nº 001/2019*. Retrieved from <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012019-de-25012019-pdf.aspx>.
- Dziewas, R., Beck, A. M., Clave, P., Hamdy, S., Heppner, H. J., Langmore, S. E., ... Wirth, R. (2016). Recognizing the Importance of Dysphagia: Stumbling Blocks and Stepping Stones in the Twenty-First Century. *Dysphagia*, 32(1), 78–82. <https://doi.org/10.1007/s00455-016-9746-2>
- Easterling, C. (2017). 25 Years of Dysphagia Rehabilitation: What Have We Done, What are We Doing, and Where are We Going? *Dysphagia*, 32(1), 50–54. <https://doi.org/10.1007/s00455-016-9769-8>
- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Regulamento Geral de Funcionamento dos Ciclos de Estudos Conducentes ao Grau de Mestre e de Cursos de Pós -Licenciatura de Especialização em Enfermagem (2021). Portugal. Retrieved from https://www.esel.pt/sites/default/files/DR_Aviso_17533_2021_REG_ME_PL.pdf
- Faleiros, F., Cordeiro, A., Lopes, F., Bimbatti, K., & Ribeiro, O. (2021). Enfermagem de

- reabilitação na assistência à pessoa com lesão vertebro medular. In *Enfermagem de Reabilitação. Conceções e Práticas* (1ª EDIÇÃO, pp. 404–429). Lisboa: Lidel - Edições Técnicas.
- GOLD. (2022). Global Strategy for Prevention, Diagnosis and Management of COPD. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Retrieved from https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2021/12/GOLD-REPORT-2022-v1.1-22Nov2021_WMV.pdf
- Gomes, C., Marques-Vieira, C., & Braga, R. (2021). A Pessoa com Doença Cerebrovascular. In *Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Doença Aguda* (1ª edição, pp. 387–407). Sintra: Sabooks Editora.
- Grosso-Lawless, S., Davies, C. C., & Lengerich, A. (2019). Developing and testing the diagnostic accuracy of a brief nursing dysphagia screen. *Rehabilitation Nursing*, 0(0), 367–373. <https://doi.org/10.1097/rnj.0000000000000236>
- Hägg, M. K. D., & Tibbling, L. I. E. (2015). Effects on facial dysfunction and swallowing capacity of intraoral stimulation early and late after stroke. *NeuroRehabilitation*, 36(1), 101–106. <https://doi.org/10.3233/NRE-141197>
- Hoeman, S. P. (2011). *Enfermagem de Reabilitação: Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados* (4ª Edição). Loures: Lusodidacta.
- International Council of Nurses. (2012). *Combater a desigualdade: da evidência à ação*. (Ordem dos Enfermeiros, Ed.), *Ordem dos Enfermeiros*. Lisboa. Retrieved from https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8904/ind-kit-2012-final-português_vfinal_correto.pdf
- International Dysphagia Diet Standardisation Initiative (IDDSI). (2019). *The Complete IDDSI Framework Detailed Definitions 2019*. Retrieved from https://www.iddsi.org/IDDSI/media/images/Complete_IDDSI_Framework_Final_31July2019.pdf
- Lazarus, C. L. (2017). History of the Use and Impact of Compensatory Strategies in Management of Swallowing Disorders. *Dysphagia*, 32(1), 3–10. <https://doi.org/10.1007/s00455-016-9779-6>
- Leal, G., & Martins, I. P. (2005). Avaliação da afasia pelo Médico de Família. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 21, 359–364. Retrieved from <https://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/10154/9891>
- Machado, J. R. S., Steidl, E. M. dos S., Bilheri, D. F. D., Trindade, M., Weis, G. L., Jesus, P.

- R. O. de, ... Mancopes, R. (2015). Efeitos do exercício muscular respiratório na biomecânica da deglutição de indivíduos normais. *Revista CEFAC*, 17(6), 1909–1915. <https://doi.org/10.1590/1982-0216201517621514>
- Martino, R., Silver, F., Teasell, R., Bayley, M., Nicholson, G., Streiner, D. L., & Diamant, N. E. (2009). The toronto bedside swallowing screening test (TOR-BSST) development and validation of a dysphagia screening tool for patients with stroke. *Stroke*, 40(2), 555–561. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.107.510370>
- Monteiro, A. C., Striyenku, K., Ferreira, N. P., Cacito, A. S., Brito, C. B., Fonseca, H. M., ... Ribeiro, M. (2021). Tomografia computadorizada de perfusão cerebral no AVC isquêmico: previsão do ASPECTS final através dos valores de core e penumbra. *Saúde & Tecnologia*, (25), 25–37. Retrieved from <https://repositorio.ipl.pt/handle/10400.21/14118>
- Moreira, A., Neves, H., Lucas, N., Silva, R., & Galante, S. (2021). Programa para a reeducação da função alimentação. In *Enfermagem de Reabilitação. Conceções e Práticas* (1ª edição, pp. 550–563). Lisboa: Lidel - Edições Técnicas.
- Oliveira, I. de J., Couto, G. R., & da Mota, L. A. N. (2019). Nursing therapies in the person with post-stroke dysphagia. *Revista de Enfermagem Referencia*, 2019(23), 133–140. <https://doi.org/10.12707/RIV19057>
- Oliveira, I., Mota, L., Freitas, S., & Ferreira, P. (2019). Dysphagia screening tools for acute stroke patients available for nurses: A systematic review. *Nursing Practice Today*, 6(3), 103–115.
- Oliveira Isabel, Mota Susana, Couto Liliana, R., & Germano. (2020). Conceptualization of nursing care to the person with post-stroke dysphagia. *Revista de Enfermagem Referencia*, 2020(4), 1–7. <https://doi.org/10.12707/RV20024>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Áreas Investigação Prioritárias Para a Especialidade De Enfermagem De Reabilitação*. Porto. Retrieved from https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/Areas_Investigacao_Prioritarias_para_EER.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2016). Instrumentos de Recolha de Dados para a Documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação, 1–66. Retrieved from https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDados/DocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. Regulamento n.º 140/2019 Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista Preâmbulo, nº26 Diário da República, 2ª série §

- (2019). Portugal. Retrieved from <https://files.dre.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. Regulamento n.º 392/2019 - Regulamento das Competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação, Diário da República, 2ª série - n.º 85 - 3 de maio de 2019 § (2019). Portugal: Diário da República, 2ª série — N.º 85 — 3 de maio de 2019. Retrieved from <https://dre.pt/home/-/dre/122216893/details/maximized>
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6ª edition). St. Louis: Mosby.
- Palareti, G., Legnani, C., Cosmi, B., Antonucci, E., Erba, N., Poli, D., ... Toso, A. (2016). The impact of aspiration pneumonia and nasogastric feeding on clinical outcomes in stroke patients: a retrospective cohort study. *International Journal of Laboratory Hematology*, 38(1), 42–49. <https://doi.org/10.1111/ijlh.12426>
- Paranji, S., Paranji, N., Wright, S., & Chandra, S. (2017). A Nationwide Study of the Impact of Dysphagia on Hospital Outcomes among Patients with Dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 32(1), 5–11. <https://doi.org/10.1177/1533317516673464>
- Petronilho, F., Pinheiro, E., & Machado, M. M. (2021). Transições, Promoção de Independência/Autonomia no Autocuidado e do Papel de Cuidado Familiar. In *Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Doença Aguda* (1ª edição, pp. 101–121). Sintra: Sabooks Editora.
- Queirós, P. J. P., Vidinha, T. S. dos S., & Almeida Filho, A. J. d. (2014). Autocuidado : o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(3), 157–164.
- Rangarathnam, B., & McCullough, G. H. (2017). Swallowing Exercises in Patients Post-Stroke: What Is the Current Evidence? *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups*, 2(13), 4–12. <https://doi.org/10.1044/persp2.sig13.4>
- Royal College of Speech and Language Therapists. (2021). Royal College of Speech and Language Therapists. Retrieved from <https://www.rcslt.org/>
- SNS. (2022). Sistema Nacional de Saúde. Transparência. Retrieved July 16, 2022, from <https://transparencia.sns.gov.pt>
- Trapl, M., Enderle, P., Nowotny, M., Teuschl, Y., Matz, K., Dachenhausen, A., & Brainin, M. (2007). Dysphagia bedside screening for acute-stroke patients: The gugging swallowing

- screen. *Stroke*, 38(11), 2948–2952. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.107.483933>
- Ubbink, D. T., Brölmann, F. E., Go, P. M. N. Y. H., & Vermeulen, H. (2015). Evidence-Based Care of Acute Wounds: A Perspective. *Advances in Wound Care*, 4(5), 286–294. <https://doi.org/10.1089/wound.2014.0592>
- Vasconcelos, M. (2021). Ética em enfermagem de reabilitação. In *Enfermagem de Reabilitação. Conceções e Práticas* (1ª edição, pp. 34–37). Lisboa: Lidel - Edições Técnicas.
- World Gastroenterology Organisation. (2014). *Practice Guideline — Dysphagia*.
- World Health Organization. (2022). Palliative care. Retrieved from <https://www.who.int/health-topics/palliative-care>

APÊNDICE

APÊNDICE 1 – PROJETO DE ESTÁGIO

**12º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de
especialização em Enfermagem de Reabilitação**

Opção II - Projeto

**Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com
alteração da deglutição**

Vanessa Beatriz Oliveira Santos

**12º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de
especialização em Enfermagem de Reabilitação**

Opção II - Projeto

**Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com
alteração da deglutição**

Vanessa Beatriz Oliveira Santos

Professor Orientador:
Professora Doutora Vanda Lopes da Costa

Professor Coorientador:
Professor Ricardo Braga


Lisboa
Setembro 2021

LISTA DE ABREVIATURAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CMER – Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

DGS – Direção Geral de Saúde

EE – Enfermeiro Especialista

EEER - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ER – Enfermagem de Reabilitação

FEES - *Fibreoptic Endoscopic Evaluation of Swallowing*

GUSS - *Gugging Swallowing Screen*

IDDSI - *International Dysphagia Diet Standardisation Initiative*

OE – Ordem dos Enfermeiros

PC – Pare Craniano

RCSLT - *Royal College of Speech and Language Therapists*

RFR – Reabilitação Funcional Respiratória

TOR-BSST - *The Toronto Bedside Swallowing Screening Test*

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

WHO - *World Gastroenterology Organisation*

ÍNDICE

Introdução	16
1 A pessoa com alteração da deglutição: o olhar do EEER	19
1.1. Avaliação da pessoa com risco ou suspeita de alteração da deglutição.....	23
1.2. Cuidados de Enfermagem de Reabilitação na Reeducação da Deglutição.....	28
1.3. Contributos da Teoria do Défice de Autocuidado de Dorothea Orem	33
2.Plano de atividades	35
2.1. Descrição dos contextos de estágio	35
2.2. Objetivos de estágio.....	36
Considerações finais	37
Referências Bibliográficas	38
Apêndices	
Apêndice 1 - Sinais e sintomas de alerta	
Apêndice 2 - Avaliação dos pares cranianos	
Apêndice 3 - Reflexos protetores do processo de deglutição	
Apêndice 4 - Técnicas posturais	
Apêndice 5 – Estimulação Sensitiva	
Apêndice 6 - Mudanças voluntárias da deglutição	
Apêndice 7 - Exercícios de fortalecimento muscular e amplitude de movimento	
Apêndice 8 - Plano de atividades	
Apêndice 9 - Cronograma de estágio	
Anexos	
Anexo 1 – GUSS	
Anexo 2 - The IDDST framework	
Anexo 3 - Teste de fluxo da gravidade	

INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio, elaborado na unidade curricular de opção II – Projeto, integrada no segundo semestre do primeiro ano do 12º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação (CMER) surge como um desenho que visa o aprofundamento de conhecimentos numa área de estudo a desenvolver no terceiro semestre, bem como, o planeamento para o desenvolvimento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), definidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE). Este trabalho segue as orientações da norma de trabalhos da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, adotando por esse motivo as normas da *American Psychological Association*.

A pertinência da realização deste trabalho, com o enfoque na pessoa com alteração da deglutição, parte de motivações pessoais muito associada ao contexto profissional, aliados a um gosto particular por esta área. Trabalho num Hospital Central da Região de Lisboa e Vale do Tejo, mais especificamente num Serviço de Medicina Interna, onde presto cuidados na grande maioria a pessoas idosas, um grande número com alterações neurológicas como a demência e um número representativo que sofreram acidentes vasculares cerebrais (AVC). A avaliação da deglutição é algo complexo, que pode ser subvalorizado e subdiagnostica, se não adquirirmos e treinarmos ferramentas para esta apreciação. É competência do EEER avaliar, conceber e implementar planos de enfermagem de reabilitação com base em problemas reais das pessoas, sendo que a alimentação é uma das várias funções que pode estar alterada. Neste sentido, a OE defende que as intervenções autónomas do enfermeiro de reabilitação no âmbito deglutição são uma área de investigação prioritária (OE, 2015). A partir desta espiral de estímulos nasce o título deste projeto de estágio: *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa com alteração da deglutição*. Neste sentido, este trabalho procura contribuir para uma melhoria da prática de cuidados à pessoa com alteração da deglutição, através da intervenção do EEER.

O processo de deglutição normal envolve um conjunto de estruturas anatómicas vastas estando o seu funcionamento dependente da integridade do sistema nervoso motor e sensorial (RCSDLT, 2021). O ato de deglutir é multidimensional e envolve contribuições de diversas estruturas neuroanatómicas (Rangarathnam & McCullough, 2017). Neste sentido, a disfagia surge como uma dificuldade no processo de deglutir, resultante de um atraso na duração do fluxo do bolus, na penetração ou aspiração para as vias aéreas, com ou sem a existência de resíduos pós-deglutição na cavidade faríngea (Cohen et al., 2016). A disfagia pode estar associada a um grande número de distúrbios, como causas neurológicas, alterações anatómicas da região da cabeça e pescoço ou como causas secundárias a fármacos (Braga, 2016; WGO, 2014; RCSLT, 2021).

Os cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com alteração da deglutição vão centrar-se em duas grandes áreas: a primeira diz respeito a avaliação da deglutição e a segunda à reeducação da deglutição. Relativamente à avaliação da deglutição, de acordo com a OE (2019) é competência específica do EEER avaliar o risco de alteração da funcionalidade a nível da alimentação. A literatura refere duas possíveis abordagens na avaliação da pessoa com alteração da deglutição: a avaliação clínica “à beira da cama”, onde o EEER tem um papel central; e a avaliação através de técnicas endoscópicas (Cohen et al., 2016; Braga, 2016). Para além disto, o EEER deve monir-se de instrumentos de avaliação que permitam a documentação dos cuidados especializados, na avaliação da deglutição a OE recomenda a Gugging Swallowing screen (GUSS) e a The Toronto Bedside Swallowing Screening Test (OE, 2016).

Relativamente à reeducação da deglutição a OE (2019) reconhece competência ao ER para conceber planos, selecionar e prescrever as intervenções para otimizar e/ou reeducar a função e elaborar programas de reeducação funcional, sendo área da alimentação aqui contemplada. Melhorar a função da deglutição é essencial para retomar a ingestão oral (Ubbink et al., 2015). Um programa de reeducação da deglutição envolve várias abordagens complementares nomeadamente as técnicas posturais, a estimulação sensorial, as mudanças voluntários da deglutição, exercicios de amplitude dos moviemntos e fortalecimento muscular, aletrações na dieta e reeducação funcional respeirotória (Braga, 2016b).

Com o intuito de ancorar teoricamente o presente trabalho e conduzir a prática de cuidado surge a adoção do modelo Teório do Défice de Autocuidado de Dorothea Orem. À luz desta teoria, a enfermagem é concebida como uma profissão capaz de satisfazer as necessidades de autocuidado dos indivíduos (Orem, 2001). Alteração da deglutição implica um déficit no autocuidado de alimentação e o EEER vai atuar na avaliação da presença ou não desse déficit e na promoção do autocuidado através da reeducação da deglutição.

O presente trabalho procura responder à seguinte questão de investigação: Quais as intervenções do EEER no cuidado à pessoa com alterações da deglutição? De modo a responder a esta questão foram delineados dois objetivos gerais, um primeiro dirigido ao tema específico ao seu tema específico - **Desenvolver competências nas intervenções de enfermagem de reabilitação no cuidado à pessoa com alterações da deglutição**; e um segundo, que promove a aquisição de competências preconizadas para o EEER pela OE (2019) - **Desenvolver competências específicas do enfermeiro de reabilitação, na intervenção à pessoa com alterações neurológicas, respiratórias, cardíaca, motoras ou outras incapacidades**. Seguidamente enumera-se os objetivos específicos: Avaliar as necessidades de cuidados de reabilitação da pessoa com alterações da deglutição; Desenvolver um programa de reabilitação à pessoa com alteração da deglutição; Prestar

cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com alteração da deglutição; e Planear e implementar cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com alterações neurológicas, cardiorrespiratórias, motoras ou outras incapacidades.

Para dar resposta à questão de partida, com vista a sustentar a fundamentação científica deste trabalho, foi feita uma revisão narrativa da literatura com as seguintes palavra-chave: enfermagem, reabilitação, deglutição, disfagia - juntamente com os termos de indexação. Na pesquisa primária, as bases de dados científicas mobilizadas foram a EBSCO e a MEDDLINE. De forma complementar recorreu-se a literatura secundária com base estudos não publicados, literatura cinzenta, *websites* governamentais, sociedades e organizações nacionais e internacionais. Foi tida a preocupação de inclui apenas estudos realizados desde 2015.

Em termos estruturais este trabalho apresenta dois grandes capítulos: um primeiro de cariz conceptual, o enquadramento teórico que suporta a justificação do tema abordado e que inclui os contributos do modelo teórico do Défice de Autocuidado de Orem; e um segundo capítulo de cariz prático, onde é feita a contextualização dos locais de estágio e é apresentado um plano de atividades a desenvolver nos mesmos.

2. A PESSOA COM ALTERAÇÃO DA DEGLUTIÇÃO: O OLHAR DO EEER

A deglutição orofaríngea no seu estado pleno é um processo dinâmico e rápido, onde o sistema nervoso comanda um conjunto complexo de estruturas interdependente. A deglutição para além da função biológica relacionada com a satisfação dos requisitos nutricionais do indivíduo é uma fonte de prazer e tem um importante papel social e cultural (Branco e Portinha, 2017; Dziewas et al., 2017). Tomando em consideração os fatores motivacionais e contextuais apresentados na introdução deste projeto, ressalva-se que este trabalho abordará apenas a disfagia orofaríngea em adultos.

As estruturas anatómicas envolvidas no processo de deglutição são vastas, nomeadamente, as orais, respiratórias, faríngeas, laríngeas e esofágicas, estando o seu funcionamento dependente da integridade do sistema nervoso motor e sensorial (RCSLT, 2021). O controlo neurológico da deglutição depende do funcionamento do cérebro, gânglios basais, hipotálamo, amígdala, cerebelo, mesencéfalo, tronco cerebral e pares cranianos (Braga, 2016). A representação cortical da deglutição existe bilateralmente e o início do ato voluntário da deglutição é responsabilidade do lóbulo frontal giro pré-central inferior; a preparação da deglutição voluntária está a cargo da área motora primeira e suplementar. A regulação e o controlo sensório-motor, essencialmente o *input* sensitivo, são modelados pelo córtex somatossensitivo; já a indução da deglutição e modelação da sequência, coordenação e *timing* depende do funcionamento coletivo do mesencéfalo, cerebelo, gânglios basais, hipotálamo e amígdalas. Por último, a insula possibilita a modulação da deglutição através do paladar e sensibilidade da cavidade oral. A atividade neuromuscular reflexa da deglutição é comandada pela formação reticular do tronco cerebral, esta estrutura apresenta neurónios especializados que integram as funções sensoriomotoras dos vários nervos cranianos envolvidos no processo de deglutição (será abordada a sua função e avaliação na seção – avaliação à beira da cama) (Branco e Portinha, 2017; Braga, 2016).

Após analisarmos as estruturas neuroanatómicas implicadas no processo de deglutição, importa agora perceber melhor o mecanismo de funcionamento da deglutição. A fisiologia da deglutição, de acordo com a literatura, pode ser dividida em quatro ou cinco fases – a fase antecipatória (facultativa), a fase oral preparatória, a fase oral, a fase faríngea e a fase esofágica.

A primeira etapa diz respeito à fase antecipatória, esta é voluntária e começa com a escolha do alimento associado a uma resposta neurosensorial, que promove a ativação do processo de deglutição através do pensamento no alimento (estruturas corticais superiores) e da estimulação sensorial (visão – PC I e olfato – PC II) (Branco e Portinha, 2017). Este processo justifica a produção de saliva (PC VII) e de sucos gástricos (PC X) previamente à

introdução de alimentos na cavidade oral. Nesta fase é gerada uma influência preliminar no processo de deglutição, no entanto é a única que não é interdependente das restantes, uma vez que se esta estiver ausente a deglutição pode ocorrer efetivamente (Branco e Portinha, 2017).

A fase oral preparatória é voluntária e consciente, consiste no mecanismo de alteração do alimento em bolo alimentar (consoante a sua consistência), através do processo motor de mastigação acionado por uma resposta neurosensorial positiva, isto no caso de alimentos não líquidos. Os alimentos sofrem incisão, trituração e pulverizados, a língua direciona os alimentos para a zona dos molares, onde movimentos da mandíbula reduzem o seu tamanho, concomitantemente ocorre a mistura com a saliva, sendo o resultado final o bolo alimentar (Branco e Portinha, 2017; Braga, 2016). No caso dos líquidos, estes permanecem na cavidade oral na sua parte anterior e na superfície da língua contra o palato duro rodeado pela arcada dentária superior, o palato mole e a língua vão selar a parte posterior da cavidade oral, impedindo que os líquidos entrem para a orofaringe e os lábios encerram a porção anterior para não haver fuga pela boca (Braga, 2016). Nesta fase a via aérea está aberta sendo possível a respiração nasal (Branco e Portinha, 2017; Braga, 2016).

A fase oral dura menos de um segundo (Branco e Portinha, 2017), é voluntária e consciente, sendo responsável pelo transporte do bolo alimentar até à orofaringe, é iniciada pelos movimentos ântero-posteriores da língua que promovem o transporte até a porção posterior da cavidade oral (parte faríngea da língua e vénula) (Branco e Portinha, 2017; Braga, 2016).

A penúltima, a fase faríngea é consciente apesar de reflexa e tem apenas início voluntário, envolve uma sequência de funções complexa que dura apenas um segundo podendo ser dividida em duas tarefas essenciais: a transição dos alimentos da faringe para o esófago e a proteção da via aérea. Aqui ocorre a ativação da deglutição, quando o bolo passa o pilar amigdalino anterior, dando-se a elevação do palato mole que contacta com a parede lateral e posterior da faringe, conseguindo deste modo encerrar a nasofaringe (pausa na respiração nasal e evicção de alimentos na cavidade nasal); concomitantemente o bolo move-se para a faringe por movimento de retropulsão. Dá-se: a contração dos músculos da faringe de cima para baixo, encurtando-a e movendo o bolo para baixo; a elevação e movimento para a frente do osso hioide e da laringe, forçando as cordas vocais a fecharem (período de apneia); e a epiglote inclina-se posteriormente encerrando o vestíbulo laríngeo. Finalmente surge a abertura do esfíncter esofágico superior devido à compressão do bolo alimentar, à contração dos músculos suprahioideus e tireo-hioideu e ao relaxamento do músculos cricofaríngeo (Braga, 2016).

A última etapa do processo de deglutição é a fase esofágica que inicia-se com a entrada do bolo no esófago, os líquidos são transportados por ação gravitacional, enquanto

os sólidos são auxiliados pelos movimentos peristálticos (Branco e Portinha, 2017). Esta fase é inconsciente e involuntária (Branco e Portinha, 2017) e pode durar oito a vinte segundos (Braga, 2016).

Assim sendo, qualquer alteração das estruturas envolvidas na deglutição e/ou na ampla rede de estruturas neuroanatômicas responsáveis pela harmonia do funcionamento deste processo terá como resultado o transtorno de uma ou de várias fases da deglutição, denominando-se de disfagia (Dziewas et al., 2016). A disfagia apresenta-se como um sintoma estando a sua causa associada a um grande número de patologias e distúrbios: as alterações neurológicas, como o AVC, tumor cerebral, hemorragia subaracnoide, demência, parkinson, polineuropatia e traumatismo cranioencefálico. Devem também ser consideradas as alterações decorrentes do cancro da cabeça e pescoço; traumatismos ou após cirurgias da cabeça ou pescoço; a presbifagia, associado ao processo natural de envelhecimento; a disfagia pós entubação orotraqueal ou traqueostomia; as lesões por ingestão de agente corrosivo, muito associadas a tentativas de suicídio; a paralisia das cordas vocais – por cirurgia torácica e cervical, malignidade, trauma, causas intracranianas ou idiopatia; ou no caso da miastenia grave de causa autoimune. Para além destes, devem ser ponderadas causas secundárias a fármacos, especificamente no caso de uso prolongado de benzodiazepinas e antipsicóticos, ou após quimioterapia ou radioterapia. (Braga, 2016; WGO, 2014; RCSLT, 2021; Dziewas et al., 2017; Groppo-Lawless et al., 2019). Salvaguarda-se que as causas mencionadas relacionam-se com os distúrbios decorrentes de alterações da faringe, excluindo-se distúrbios do esôfago, ou seja, disfagia esofágica. Não obstante, algumas alterações sobrepõem-se sendo responsáveis tanto pela disfagia orofaríngea como pela esofágica (WGO, 2014).

Os estudos científicos que envolvem esta matéria justificam a elevada incidência da disfagia, um exemplo disso é o AVC, uma das principais causas de morte e morbilidade em Portugal, sendo que em 2016 representou cerca de 23.400 episódios de internamento (DGS, 2017). A disfagia é uma das complicações desta patologia, com incidência até 65% nas primeiras semanas (Cohen et al., 2016), sendo que entre 40% a 78% das pessoas após AVC apresentarão alguma forma de disfagia (Clare, 2018). O AVC associado à disfagia acarreta sérias repercussões na capacidade da pessoa para a reconstrução da autonomia, sendo preditivo de aumento do risco de pneumonia, desidratação e desnutrição, e ainda alterações psicológicas, traduzindo-se em piores resultados funcionais e pior qualidade de vida (Cohen et al., 2016; Oliveira, Couto, & da Mota, 2019; Clare, 2018). Nestes casos, a taxa de incidência de pneumonia de aspiração é 12%, com incidência de morte 58%, estando a pneumonia por aspiração associada a internamentos mais longo e aumento da mortalidade (Clare, 2018).

Outro exemplo que justifica a pertinência da disfagia e o seu impacto refere-se às alterações neurológicas, como a demência. De acordo com um estudo (Paranji, Paranji,

Wright & Chandra, 2017) de comparação de uma população com demência e uma população com demência e disfagia, a coexistência destas duas alterações traduz-se em piores resultados clínicos e num aumento da utilização de recursos. A disfagia foi associada a uma maior risco de desenvolver pneumonia por aspiração, com uma incidência seis vezes maior do que em pessoas com demência sem disfagia, com um risco de desenvolver sépsis de 56%, concomitantemente, a desnutrição ocorrer 2,5 vezes mais em doentes com disfagia. A simultaneidade destas alterações foi também relacionada a um aumento de procedimentos invasivos, a um tempo de internamento hospitalar de 38% mais longo e a despesas hospitalares totais 30% mais altas. Na presença de pneumonia de aspiração houve um aumento do internamento hospitalar médio de 9,24 dias, com um impacto marcante no número de camas disponíveis. Estes números, associados à população com AVC e demência são representativos do impacto na pessoa, família e sociedade desta patologia que pode estar associada a tantos outros distúrbios e patologias.

O grau de severidade da disfagia vai depender das estruturas envolvidas e da causa da alteração, com resultado no impacto e consequências para a pessoa, sendo as principais a desnutrição e desidratação, a pneumonia de aspiração, a depressão e alteração do bem-estar e relações sociais, por aumento da ansiedade e medo conduzindo ao isolamento social (Branco & Portinha, 2017; Cohen et al., 2016; Oliveira, Couto, & da Mota, 2019; Clare, 2018; Paranj, Paranj, Wright & Chandra, 2017; Groppo-Lawless et al., 2019, WGO, 2014). A presença de pneumonia de aspiração acarreta um aumento do internamento hospitalar com risco acrescido de morte. Importa ter em consideração que a aspiração pode ser silenciosa, ou seja, há uma ausência de sinal externo ou angústia, relatada como ocorrendo em mais de 40% dos casos (Cohen et al., 2016). Neste sentido, a literatura defende que em pessoas com AVC, nas primeiras vinte e quatro horas, não deve ser iniciada dieta antes de ser realizada a avaliação da deglutição, pois o diagnóstico precoce reduz três vezes o risco de complicações decorrentes da disfagia (WGO, 2014).

A disfagia orofaríngea pode ser traduzida em sinais e sintomas concretos relacionados com a fase do processo de deglutição que se encontra alterado (Branco & Portinha, 2017), sendo estes um alerta para o risco de alteração da deglutição. De forma a organizar os mesmos, foram divididos em sinais e sintomas pré-deglutição, presentes durante a deglutição, no pós-deglutição e os associados à penetração/aspiração, resumindo-se numa tabela que se encontra no apêndice 1.

A disfagia pode ser prevenida pela identificação precoce, sendo para tal crucial realizar uma avaliação da deglutição rigorosa a todas as pessoas com alterações reais ou potenciais das estruturas anatómicas ou neurológicas da deglutição e/ou com sinais/sintomas de alerta, este tema será abordado no subcapítulo seguinte.

1.1. Avaliação da pessoa com risco ou suspeita de alteração da deglutição

Relativamente à avaliação da deglutição, de acordo com a OE (2019) é competência específica do EEER avaliar o risco de alteração da funcionalidade a nível da alimentação. A literatura refere duas possíveis abordagens na avaliação da pessoa com alteração da deglutição: a avaliação clínica “à beira da cama”, onde o EEER tem um papel central, pela proximidade à pessoa e pelos conhecimentos e competências que possui, sendo esta a apreciação essencial para o diagnóstico precoce; e a avaliação através de técnicas endoscópicas (Cohen et al., 2016; Braga, 2016). O EEER, quer na avaliação da deglutição com fim diagnóstico, quer na reavaliação no decorrer de programas de reeducação deve munir-se de instrumentos de avaliação que permitam a documentação dos cuidados especializados, a OE recomenda para a avaliação da deglutição a *Gugging Swallowing Screen* (GUSS) e a *The Toronto Bedside Swallowing Screening Test* (OE, 2016).

A avaliação à beira da cama é parte fundamental da intervenção do EEER junto da pessoa com risco e/ou sinais e sintomas de disfagia. A avaliação da deglutição terá como principais objetivos avaliar o risco de aspiração e a capacidade de proteção da via aérea; determinar a segurança para realizar alimentação via oral; adequar a consistência da dieta; e ainda avaliar a necessidade de realização de testes de diagnóstico da disfagia (Branco & Portinha, 2017). Salvaguarda-se que nesta avaliação apenas é feita uma correta apreciação da fase oral preparatória e da fase oral; para a avaliação rigorosa de todas as fases da deglutição deve-se recorrer a técnicas endoscópicas (Braga, 2016). A identificação da ocorrência de aspiração é uma desvantagem desta avaliação uma vez que em 40% dos casos não é eficaz (Cohen et al., 2016), pois podemos estar perante aspiração “silenciosa”. Para esta avaliação são realizadas várias etapas, incluindo-se a avaliação indireta da deglutição e a avaliação direta da deglutição.

A avaliação indireta da deglutição inclui a avaliação dos pares cranianos e reflexos envolvidos na deglutição e a avaliação motora e da sensibilidade das estruturas anatómicas da deglutição. Previamente deve ser realizada a apreciação com base no processo da pessoa, onde o diagnóstico clínico e a medicação realizada podem constituir um alerta para possíveis alterações (Braga, 2016; WHO, 2014). Devem ser despistadas alterações do estado mental ou função cognitiva (consciência, atenção, memória e comportamento), sendo estas fundamentais para perceber se a pessoa tem condições para participar e cooperar em todo o processo (Braga, 2016; Branco e Portinha, 2017). Deve ser tida em conta a presença de disartria ou afasia, a postura e controlo da cabeça, o estado nutricional, a aparência da mucosa oral e as condições das peças ou de próteses dentárias. A nível da deglutição deve ser avaliado o tempo de demora a iniciar o processo de deglutição, se realiza deglutições

múltiplas para pequenas quantidades de alimento e ainda se consegue deglutir a saliva/secreções e, caso consiga, avaliar se é acompanhado de movimento faríngeo (Braga, 2016; Branco e Portinha, 2017). A nível respiratório deve ser avaliada a capacidade de realizar apneia voluntária, a eficácia da tosse, o padrão respiratório, complementando com a monitorização de saturações de oxigénio periférico (oximetria) e com a auscultação (Braga, 2016; Branco e Portinha, 2017).

Como referido anteriormente, o processo de deglutição carece de uma harmonia no funcionamento de estruturas neuroanatómicas, sendo importante incluir nesta avaliação a resposta neurológica da pessoa através da avaliação dos pares cranianos (V, VII, IX, X, XI, XII) e dos reflexos envolvidos no processo de deglutição. No apêndice 2 são apresentados os pares cranianos, a sua função aferente e eferente no processo de deglutição e o método de avaliação dos mesmos. Relativamente aos reflexos a avaliar, a sua presença e integridade depende da plenitude funcional dos pares cranianos envolvidos, sendo considerados reflexos protetores do processo de deglutição os reflexos de deglutição, tosse, velopalatino e faríngeo (Branco e Portinha, 2017), no apêndice 3 apresenta-se cada um deles a sua função e modo de verificação.

Após a apreciação do funcionamento neurológicas, importa também realizar uma apreciação da sensibilidade e motricidade das estruturas anatómicas envolvidas na deglutição, mais especificamente da cavidade oral, faringe, laringe e esófago (Braga, 2016; Branco e Portinha, 2017). A cavidade oral é constituída pelos lábios, bochechas, dentes, gengivas, língua, palato, úvula, fauces anterior e posterior, amígdalas palatinas, glândulas salivares e maxilares, com um funcionamento complexo que envolve vários músculos, glândulas e recetores sensitivos (Braga, 2016). A faringe inicia-se no palato mole com término na cartilagem cricoide, esta pode se subdividir em orofaringe, nasofaringe, laringofaringe. Apresenta três músculos constritores responsáveis pela propulsão dos alimentos, atuando estes sequencialmente de cima para baixo. O seio piriforme é constituído pela união entre o músculo constritor inferior e a cartilagem tiroideia. O músculo criptofaríngeo em repouso encontra-se contraído, prevenindo a passagem de ar para o esófago durante a respiração e contrariamente, o refluxo do esófago para a faringe (Braga, 2016). A laringe é formada por várias cartilagens e inclui as cordas vocais. Os músculos desta estrutura são responsáveis pelo encerramento da glote para proteção da via aérea durante o ato de deglutir. Existe um espaço entre a base da língua e a epiglote – a valécula, onde são acumulados os alimentos antes e depois do processo de deglutição. Por fim, o esófago iniciado no esfíncter esofágico superior e término no inferior, que relaxa para permitir a deglutição e contrai para prevenir o refluxo gastroesofágico.

O EEER deve ter especial atenção às questões da regulação multissensorial quando estamos perante pessoas com alteração da atenção, especificamente no momento da

avaliação à beira da cama ou ao realizar exercícios de reeducação. Nesta situação devemos avaliar o ambiente, reduzindo possíveis estímulos distratores do processo de deglutição, como o rádio, a televisão, outros doentes ou familiares presentes.

Se na avaliação indireta da deglutição não foram identificadas alterações que ponham em risco o processo de deglutição, estamos perante as condições de segurança para realizar a avaliação da deglutição com ingestão de alimentos – avaliação direta. Previamente deve-se verificar o ambiente, garantindo que este está calmo e sem focos de distração, sentar corretamente a pessoa, verificar a disponibilidade e funcionamento do equipamento de aspiração e certificar que a pessoa compreender o procedimento (Braga, 2016). Relativamente aos alimentos a usar é recomendado não usar leite nem derivados, sendo consensual o uso de água por ser uma substância mais inocua; a consistência é controversa havendo autores que defende iniciar por líquidos ou ajustando com espessante à situação clínica da pessoa (Braga, 2016). Em termos de quantidade a administrar, as pessoas idosas ou após-AVC apresentam maior risco de aspiração com grandes quantidades, no entanto se reduzirmos volume de líquidos o reflexo de deglutição seria mais dificilmente ativado, por diminuirmos o *input* sensitivo produzido (Braga, 2016; Chen, Chuang, Leong, Guo, & Hsin, 2016).

A avaliação direta da deglutição pode ser iniciada com 10ml de água, administrada por colher, após esta administração verificar os sinais e sintomas de aspiração e questionar a pessoa se sente que aspirou (Braga, 2016). Se esta administração decorrer sem intercorrências repetir o procedimento mais duas vezes (10 ml +10 ml + 10 ml) (Braga, 2016). Após esta fase, se não houver intercorrências, oferece-se 30 a 50 ml de água por copo, na ausência de sinais de aspiração pedir para beber o restante do copo (Braga, 2016). Ao beber por copo ter em atenção a possibilidade da pessoa conseguir deglutir sem alterações com o copo cheio, mas ao ficar mais vazio é necessário realizar extensão cervical, podendo nesse momento aspirar, por aumento da velocidade de progressão do líquido para a orofaringe (Braga, 2016). Este procedimento deve ser repetido para as três consistências de líquidos verificando a presença de sinais e sintomas de aspiração ou disfagia, posteriormente deve ser avaliada a deglutição para sólidos (Braga, 2016).

Relativamente à consistência dos líquidos, a *International Dysphagia Diet Standardisation Initiative* (IDDSI) foi criada com o intuito de unificar a terminologia para descrever líquidos espessados e alimentos com texturas, representados por um esquema elaborado por este grupo de trabalho que se encontra em anexo (anexo 1). Os líquidos podem ser ajustados à consistência pretendida através da utilização de espessante alimentar, sendo que a IDDSI defende que a consistência deve ser avaliada pelo teste de fluxo por gravidade, através do deslizamento do líquido por uma seringa de 10 ml para quantificar a categoria de fluxo do líquido (amostra restante de líquido na seringa após 10 segundos de fluxo), tal como

mostra a imagem em anexo (anexo 2). O mesmo grupo de trabalho salienta alguns aspetos em ter em conta para o teste nomeadamente: ter em atenção as indicações dos fabricantes de cada marca de espessantes alimentares; misturar bem com a salvação que espessantes de goma de xantana não é necessário mexer basta aguardar o tempo recomendado; observar a existência de grumos ou bolhas; usar uma seringa com as medidas corretas; e testar duas ou mais vezes para ter resultados mais confiáveis (IDDSI, 2019).

A avaliação da deglutição direta é um método acessível, que deve ser realizado por um profissional treinado estando o EEER apto para o fazer. Durante esta avaliação, para além dos sinais e sintomas de disfagia, deve averiguar se ocorreu acumulação de resíduos alimentares na cavidade oral e se sim em que localização (Braga, 2016).

A avaliação endoscópica da deglutição é uma avaliação instrumental da deglutição, que deve ser mobilizada sempre que se justificar. Existem vários exames endoscópicos, sendo dois deles consensualmente mais utilizados - videofluoroscopia e a videoendoscopia. A primeira consiste na deglutição de um agente de contraste radiológico com bário ao mesmo tempo que é realizada uma fluoroscopia da deglutição que fica registada em vídeo, visualizando-se deste modo os mecanismos de deglutição ou a existência de penetração ou aspiração (Cohen et al., 2016; WGO, 2014). A videoendoscopia (FEES), a sigla corresponde ao nome em inglês *fiberoptic endoscopic evaluation of swallowing*, é uma técnica endoscópica onde é realizada a visualização da estrutura da laringe e faringe através de um endoscópio flexível colocado pela narina ao mesmo tempo que a pessoa ingere líquidos e/ou alimentos tingidos para facilitar a visualização (Cohen et al., 2016; WGO, 2014). A acumulação de alimentos e a aspiração também é detetada através deste método.

Comparando os dois métodos apesar de a videofluoroscopia ser o *gold standard* para o diagnóstico da disfagia, a avaliação endoscópica da deglutição tem sido visto como um método alternativo de confiança e com vantagens de acesso, uma vez que é portátil (Cohen et al., 2016).

A literatura defende o uso de protocolos para a avaliação de pessoas com risco de disfagia, sendo que os mesmos têm por base a utilização de um instrumento de avaliação (Groppo-Lawless et al., 2019). O EEER, quer na avaliação da deglutição como fim diagnóstico, quer na reavaliação no decorrer de programas de reeducação, deve munir-se de instrumentos de avaliação que permitam a documentação dos cuidados especializados, neste sentido a OE recomenda o *Gugging Swallowing Screen* (GUSS) e o *The Toronto Bedside Swallowing Screening* (TOR-BSST) (OE, 2016). Existe um consenso internacional para a necessidade de rastrear precocemente a disfagia, nas populações de alto risco, como após o AVC, no entanto não existe unanimidade sobre que instrumentos utilizar (Oliveira, Mota, Freitas, & Ferreira, 2019). Ambas as escalas defendidas pela OE apresentam sensibilidade para o diagnóstico de disfagia superior a 94% (Oliveira, Mota, Freitas, & Ferreira, 2019), o

que as torna válidas para o rastreio de populações de risco e eficazes na prevenção das complicações associadas à disfagia quando usadas precocemente. No entanto, estes instrumentos tem uma especificidade entre 50% a 69%, relativamente baixa em relação à alta sensibilidade, apesar disso isto é visto pela literatura como uma margem de segurança (Oliveira, Mota, Freitas, & Ferreira, 2019).

O GUSS (anexo 3) é um instrumento válido para prever o risco de aspiração, constituído num primeiro momento, pela avaliação de três parâmetros indiretos do processo de deglutição - o estado de consciência, a tosse e a deglutição de saliva (Ordem dos Enfermeiros, 2016; Trapl et al., 2007). Caso o teste indireto dê positivo segue-se a realização do teste direto de deglutição, ao contrário de outras escalas que iniciam com líquidos, o GUSS inicia a prova oral com semissólidos (equivalente a consistência pudim), por considerar apresentar menor risco de aspiração (Trapl et al., 2007), se esta prova decorrer sem intercorrências avalia-se os líquidos e no final os sólidos. Este instrumento permite classificar a disfagia em quatro níveis de gravidade, de zero (disfagia grave com alto risco de aspiração) a 20 (sem disfagia ou leve com ausência de risco de aspiração ou muito baixo) e dar informação para adequar a dieta da pessoa, uma vez que avalia as três consistências principais (Trapl et al., 2007; Oliveira, Mota, Freitas, & Ferreira, 2019). Os autores defendem reavaliação diária da pessoa através deste instrumento (Trapl et al., 2007).

O *The Toronto Bedside Swallowing Screening Test*, à semelhança do anterior, foi validado para pessoas com AVC mas pode ser aplicado noutros contextos (OE, 2016). O objetivo deste instrumento é identificar o maior número de casos de disfagia antes de aparecerem os sintomas (Martino et al., 2009). Este instrumento tem por base a ingestão de água por colher ou em golo por copo, na presença de sinais de disfagia encaminhar para profissionais especializados, como o caso de EEER (Martino et al., 2009; OE 2016).

A decisão sobre que instrumento de avaliação utilizar depende, segundo a literatura, de vários fatores como: organizacionais, estruturais, clínicos e da disponibilidade de profissionais e de recursos; sendo que uma avaliação da pessoa de deglutição através de um único método pode não ser apropriada em todos os contextos de cuidados (Oliveira, Mota, Freitas, & Ferreira, 2019). Nesta linha de pensamento, o presente trabalho defende uma abordagem à pessoa com alteração da deglutição através do olhar do EEER, onde é feita uma avaliação ampla: num momento inicial é feito o despiste de população alvo através de instrumentos, seguindo-se uma avaliação à beira da cama, validando os resultados através da avaliação endoscópica da deglutição.

Após esta exposição sobre a avaliação da pessoa com risco ou suspeita de alteração da deglutição é possível perceber que este é um processo complexo, que requer conhecimentos e perícia. O papel do enfermeiro junto à pessoa com alteração da deglutição é ressaltado por vários autores pela sua proximidade com a pessoa, permitindo avaliar a

necessidade de realizar uma avaliação estruturada e confiável da deglutição (Oliveira, Mota, Freitas, & Ferreira, 2019; Palareti et al., 2016). O EEER é um elemento privilegiado na equipa interdisciplinar, acima de tudo pelas suas competências específicas traduzidas em intervenções autónomas na área da deglutição, estando apto para fazer a deteção precoce da disfagia, reduzindo as complicações associadas a esta, diminuindo o tempo de internamento e promovendo ganhos em saúde. Não obstante a isto, é consensual que a disfagia necessita de uma abordagem multidisciplinar, centrada no papel do EEER no rastreio da disfagia, na monitorização dos momentos de refeição, no encaminhamento para outras especialidades quando surgem complicações ou incertezas (Palareti et al., 2016) e também na reeducação da deglutição, tema que será abordada no subcapítulo seguinte.

1.2. Cuidados de Enfermagem de Reabilitação na Reeducação da Deglutição

De acordo com a Assembleia do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, os cuidados de enfermagem de reabilitação “são uma área especializada que compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que tem por foco de atenção a manutenção e promoção do bem-estar e a qualidade de vida restaurando a funcionalidade quando possível, promovendo o autocuidado, prevenindo complicações e maximizando capacidades” (Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, 2018, p.7). Relativamente à reeducação da deglutição, a OE (2019) reconhece competência ao enfermeiro de reabilitação para conceber planos, selecionar e prescrever as intervenções para otimizar e/ou reeducar a função e elaborar programas de reeducação funcional, sendo a área da alimentação contemplada nesses documentos.

Após a confirmação de disfagia deve ser iniciado um programa de reabilitação da deglutição, através de intervenções que aumentem a sensibilidade laríngea, promovam os mecanismos de proteção e estimulem a plasticidade cortical (Cohen et al., 2016). O objetivo da reeducação da deglutição é melhorar o processo de deglutição de alimentos sólidos e líquidos, reduzindo o risco de aspiração (WGO, 2014). Um programa de reeducação da deglutição é composto por estratégias compensatórias e exercícios de deglutição. Os primeiros permitem a alimentação por via oral sem risco de aspiração, apresentando um benefício a curto prazo, ou seja, na sua ausência existe risco de aspiração, a deglutição não é alterada apenas é adaptada pelo enfermeiro de reabilitação (Braga, 2016; Easterling, 2017; Branco & Portinha, 2017). Nos segundos, o treino de deglutição apresenta-se como uma abordagem terapêutica, através de exercícios de fortalecimento e coordenação que vão alterar a fisiologia da deglutição (Braga, 2016; Branco & Portinha, 2017; Easterling, 2017) atuando na melhoria da função, com o objetivos de melhorar o *timing*, a coordenação, a velocidade de reação, o planeamento motor e a amplitude de movimentos (Braga, 2016),

nestes a pessoa tem uma pepel ativo (Branco & Portinha, 2017). Relativamente ao programa de exercícios, a escolha da abordagem terapêutica deve ter em conta o risco de aspiração e a causa da disfagia (WGO, 2014), para tal é importante a realização de exames de diagnóstico como a videofluoroscopia ou a videoendoscopia (Easterling, 2017), o programa deve ser ajustado à tolerância da pessoa (WGO, 2014). Os exercícios de reabilitação, numa primeira fase, devem ser indiretos (Easterling, 2017), sem utilização de alimentos, devendo começar pelo uso da saliva (Braga, 2016). É um elemento-chave salvaguardar o estado de consciência e capacidade cognitiva da pessoa para participar no programa de reeducação (Easterling, 2017). As abordagens possíveis podem incluir técnicas posturais, estimulação sensitiva, mudanças voluntárias da deglutição, exercícios de fortalecimento muscular e amplitude de movimentos, alterações da dieta e reeducação funcional respiratório (Braga, 2016; Easterling, 2017).

Técnicas Posturais

A seleção da postura adequada a uma deglutição confortável e segura é a chave desta técnica (Branco & Portinha, 2017), através da influência da gravidade na transferência do bolo alimentar (Braga, 2016). As mudanças posturais apresentadas no apêndice 4 relacionam-se com a postura da cabeça e pescoço e do corpo e geral. Podem incluir a flexão cervical, extensão cervical, rotação cervical para o lado afetado, flexão lateral para o lado são e posição de deitado. Estas podem ser utilizadas individualmente ou em combinação, consoante o objetivo que se prende face ao problema da pessoa (Branco & Portinha, 2017; Braga, 2016; Easterling, 2017). A combinação da rotação cervical para o lado afetado e flexão cervical é descrita como sendo eficaz na presença de fraqueza faríngea unilateral, bem como movimento posterior reduzido da base da língua e/ou encerramento ineficaz das vias aéreas (Braga, 2016; Easterling, 2017).

Estimulação sensitiva

A estimulação sensitiva é considerada uma terapia compensatória e ao mesmo tempo terapêutica, uma vez que é realizada pelo cuidador sem modificar o controlo da deglutição, no entanto alteram o tempo total da mesma (Branco & Portinha, 2017). São utilizadas em pessoas com consciência sensorial reduzida da cavidade oral e faringe, atraso no início da atividade lingual e na resposta motora faríngea (Lazarus, 2017). Estas técnicas tem por base estímulos sensoriais, que provocam maior excitabilidade dos centros nervosos, estimulando os centros corticais da deglutição (Branco & Portinha, 2017; Braga, 2016). Técnicas como a mudança do sabor e odor, textura ou temperatura, do volume do bolo e carbonatação (bebidas gaseificadas), conseguem promover um aumento da perceção do bolo alimentar, melhorar a coordenação das estruturas, aperfeiçoar o circuito oral e faríngeo, reduzindo o risco de aspiração (Braga, 2016). As principais técnicas encontra-se resumidas no apêndice

5. Relativamente às bebidas gaseificadas, a literatura refere que as moléculas de ácido carbónico conseguem promover o reflexo de deglutição por estimularem dos recetores orais (Braga, 2016). Por outro lado, a estimulação elétrica transurânica ainda não apresenta evidências de um efeito positivo na melhoria da função da deglutição (Easterling, 2017).

Mudanças voluntárias da deglutição

As mudanças voluntárias da deglutição ou manobras de deglutição são executadas com o objetivo de melhorar o controlo voluntário do indivíduo sobre as estruturas envolvidas na deglutição (Branco & Portinha, 2017; Braga, 2016). Elas implicam que a pessoa tenha estado cognitivo e capacidade funcional para participar nelas. Estas mudanças podem ser executadas com ou sem recurso a alimentos (Braga, 2016). O seu uso é temporário devendo ser suspensas à medida que a pessoa regressar ao padrão de deglutição normal (Branco & Portinha, 2017). As mudanças voluntárias da deglutição são a respiração supraglótica, a respiração super-supraglótica ou manobra de valsava, a deglutição forçada, a manobra de Mendelson, a manobra de Masako, estando resumidas na tabela do apêndice 6. A eficácia da utilização destas manobras deve ser salvaguardada por uma avaliação instrumental.

Exercícios de fortalecimento muscular e amplitude de movimentos

Com intuito de melhorar a força e coordenação de grupos musculares específicos da deglutição existem um conjunto de exercícios que treinam de modo individual essas estruturas. Estes exercícios incluem-se num programa de reeducação da deglutição, sendo estimado que demore uma a seis semanas a observar-se os primeiros resultados funcionais com redução dos sinais clínicos de disfagia (Alves & de Andrade, 2017; Braga, 2016). Os exercícios de fortalecimento muscular e amplitude de movimentos têm por base a aprendizagem ou reaprendizagem de uma sequência de movimentos, acompanhada de *feedback* visual (Easterling, 2017). Estudos demonstraram que sinais corticais bilaterais dos quadrantes faciais superiores e inferior são projetados para ambos os núcleos faciais do tronco cerebral, o que pressupõe que em pessoas após AVC estes exercícios possam ativar diferentes conexões do cérebro daquelas que foram afetadas (Hägg & Tibbling, 2015).

Em termos práticos para evitar a fadiga os exercícios podem ser fracionados dez vezes por dia, num período de cinco minutos; cada estrutura deve realizar o movimento máximo em cada direção realizando pausa em cada posição de três segundos, podendo repetir o mesmo cinco a dez vezes (Braga, 2016). Estes exercícios encontram-se num quadro no apêndice 7, sendo as estruturas envolvidas os lábios, a língua, a mandíbula, laringe e bochechas.

Acrescenta-se que os exercícios de resistência língua têm por objetivo aumentar a força da língua e consequentemente diminuir o tempo de trânsito oral, melhorar a pressão da língua durante a deglutição e na parede da faringe posterior. Na literatura, a eficácia do uso

destes exercícios é variada, acreditando-se que a mesma está relacionada com os protocolos de exercícios usados que variam nas frequências de repetição e número de repetições (Easterling, 2017).

Os exercícios de Shaker correspondem a exercícios isotônicos/isométricos realizados por seis semanas com o intuito de fortalecer os músculos supra-hioideos, com benefícios na excursão da laringe anterior, força de tração aplicada na abertura ântero-posterior do esfíncter esofágico superior, diminuição dos resíduos nos seios piriformes e redução da aspiração pós-deglutição (Branco e Portinha, 2017; Easterling, 2017).

Relativamente ao recurso a dispositivos, o *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) emitiu em 2019 um briefing sobre o uso de IQoro para a disfagia relacionada com o AVC, este defende que os exercícios de deglutição podem ser realizados com maior precisão e eficácia utilizando o IQoro, apesar disso existe uma carência de estudos randomizados acerca do uso dos mesmos em comparação com outros exercícios de reeducação (RCSLT, 2021).

Alteração da dieta

As questões da alteração da dieta são complexas pois nem sempre os benefícios destas para a deglutição são compatíveis com o impacto das mesmas no estado nutricional, por este motivo estas devem ser bem equacionadas e consideradas como a última hipótese a implementar (Braga, 2016). Como já foi referido anteriormente, a escolha da consistência da dieta é algo ambíguo devendo-se equacionar os riscos/benefícios das várias consistências.

As diferentes consistências dos alimentos proporcionam *inputs* sensoriais distintos (Branco e Portinha, 2017), uma maior espessura traduz-se num melhor *timing* entre a fase oral e faríngea, com redução do risco de aspiração. Por outro lado, uma consistência líquida fina beneficia a clearance faríngea, com redução dos resíduos nos seios piriformes (Braga, 2016). A alteração que causa a disfagia pode ser um indicador do tipo de consistências a seleccionar: nas alterações da fase oral, com diminuição dos movimentos da língua, da coordenação ou força, existe dificuldade em deglutição consistências mais espessas; nas alterações na fase faríngea, estas melhoram com o aumento da consistência; no caso de retenção do bolo na faringe, os alimentos espessos e viscosos podem dificultar a deglutição (Braga, 2016).

O espessante alimentar pode ser uma ajuda na redução do risco de aspiração, no entanto não pode ser visto como uma solução (Braga, 2016), este não reduz a pneumonia por aspiração em todas as pessoas e pode representar outros riscos para a saúde física e o bem-estar psicológico (Atkinson & O'Kane, 2018).

Reeducação funcional respiratória

Como referido anteriormente, o processo de deglutição carece de uma harmonia entre as várias estruturas envolvidas, incluído aqui a perfeita coordenação entre o ciclo respiratório e este processo. A faringe é região comum do sistema respiratório e digestivo, a fase faríngea da deglutição depende indiretamente do funcionamento hiolaringeo e da faringe para a proteção da via aérea (Easterling, 2017; Machado et al., 2015). A reeducação funcional respiratória impõe-se como uma medida preventiva, de fortalecimento do funcionamento respiratório e em casos de risco de aspiração promovendo a eficácia da tosse (Braga, 2016). A literatura defende benefícios no treino da musculatura expiratória, através de exercícios com o espirómetro de incentivo, melhorando a elevação do osso hioide (Machado et al., 2015). Outros estudos sugerem o treino de músculos expiratórios através de dispositivo de limite de pressão ajustável (espirómetro de incentivo por pressão) apresentando melhoria significativamente na pressão expiratória máxima e na ativação nos músculos supra-hióideos, melhorando a elevação do osso hioide, reduzindo a aspiração e aumentando a força da tosse (Braga, 2016; Machado et al., 2015). A tosse e tosse dirigida devem ser ensinadas às pessoas com alteração da deglutição, para garantir a proteção da via aérea e reduzir os episódios de pneumonia de aspiração (Braga, 2016).

A saúde oral é apontada por muitos autores como importante, sendo um meio de reduzir a carga bacteriana da cavidade oral, reduzindo as pneumonias de aspiração associadas à aspiração de saliva (Ubbink et al., 2015), esta melhora ainda o paladar e estimula a produção de saliva (Braga, 2016).

Um programa de reeducação da deglutição assenta sobretudo na premissa de que a neuroplasticidade tem um papel significativo na recuperação da função da deglutição, sendo que estudos com mapeamento cerebral sugerem que a reorganização no hemisfério contralesional é a chave na recuperação da deglutição (Cohen et al., 2016). Estes programas devem ser implementados o mais precocemente possível, para prevenir a atrofia de desuso, sobretudo quando se recorre à alimentação entérica para garantir a ingestão nutricional (Ubbink et al., 2015). Melhorar a função de deglutição é essencial para retomar a ingestão oral, sendo preditor da eficácia desta recuperação o estado de consciência (Ubbink et al., 2015). A capacidade de andar é também um bom indicador, pois sugere que a pessoa possui a força muscular básica necessária para manter a posição sentada, importante para a proteção das vias aéreas superiores durante a alimentação (Ubbink et al., 2015).

O EEER possui as competências necessárias para elaborar e implementar programas de reeducação da deglutição. A literatura defende que a intervenção precoce sistematizada na sua identificação da disfagia e gestão, iniciada por enfermeiros e refletida em protocolos, tem um impacto significativo nos resultados em saúde, nomeadamente maior eficácia na

prevenção da pneumonia por aspiração, redução da mortalidade à alta e redução do tempo de internamento (Oliveira Isabel, Mota Susana, Couto Liliana & Germano, 2020).

1.3. Contributos da Teoria do Défice de Autocuidado de Dorothea Orem

A Teoria do Défice de Autocuidado foi criada por Dorothea Orem tendo sido a primeira vez divulgado em 1971 no livro *Nursing: Concepts of Practice*, com edições seguintes sendo a última de 2001. O modelo de enfermagem proposto pela autora assenta num conceito central – o autocuidado, que de acordo com a mesma pode ser definido como a prática de atividades que promovem o aperfeiçoamento e amadurecem as pessoas que a iniciam e desenvolvem dentro de espaços de tempo específicos, cuja finalidade é a preservação da vida e o bem-estar pessoal (Orem, 2001). Esta é uma teoria geral de enfermagem composta por três teorias relacionadas entre si: a Teoria do Autocuidado, a Teoria do Défice de Autocuidado e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem.

Na Teoria do Autocuidado, Orem (2001) defende porque e como as pessoas cuidam de si próprias, o autocuidado apresenta-se como função humana reguladora que as pessoas executam intencionalmente por si próprias ou que alguém executa por eles para conservar a vida, a saúde, o desenvolvimento e o bem-estar. Neste sentido, a autora defende que quando estas tarefas são realizadas de forma consciente, intencional e efetiva, ou seja, autonomamente, estamos perante atividades de autocuidado. Contrariamente, a pessoa pode apresentar necessidade terapêutica de autocuidado, perante determinadas condições ou limitações que levam à carência do mesmo, beneficiando nesse momento de cuidados de enfermagem, sendo esta a base da Teoria do Défice de Autocuidado (Orem, 2001). As necessidades de intervenção de enfermagem surgem quando as exigências de autocuidado são superiores à capacidade da pessoa para desenvolver o seu próprio autocuidado. Estas situações estão associados a eventos, processos de transição, onde a capacidade que a pessoa tem para determinar e gerir as suas necessidades e para desenvolver respostas adaptativas pode estar comprometida, é necessário um período transição, com reconstrução da autonomia (Queirós, Vidinha, & Almeida Filho, 2014). A enfermagem afigura-se na Teoria dos Sistemas de Enfermagem (Orem, 2001) como ações realizadas pelos enfermeiros como agentes terapêuticos de autocuidado para dar resposta aos requisitos de autocuidado de acordo com três possíveis sistemas de enfermagem: sistemas completamente compensatórios, sistemas parcialmente compensatórios e sistemas de apoio. Neste sentido, a autora apresenta cinco métodos que os enfermeiros podem usar para cuidar da pessoa: executar ou agir, substituindo-a naquilo que ela não é capaz de fazer; orientar e encaminhar; dar apoio físico e/ou psicológico; criar e manter um ambiente que favoreça o seu desenvolvimento; e ensinar (Queirós et al., 2014). Por último, as ações de autocuidado,

realizados pelo próprio ou terceiros, tem como fim último alcançar os requisitos de autocuidado, que podem ser de três ordens: os universais, comuns a todas as pessoas, que promovem a integridade estrutural ou funcional (são exemplo a manutenção de uma ingestão suficiente de água, ar e comida e a conservação do equilíbrio entre a atividade e o descanso); de desenvolvimento, associados a condições específicas do ciclo de vida ou derivado de uma condição (como problemas de adaptação social ou falhas de saúde individual); e de desvio de saúde, face a uma patologia, incapacidade ou limitação (por exemplo procurar e assegurar assistência) (Queirós et al., 2014).

Na Teoria do Défice de Autocuidado de Orem, o autocuidado afigura-se como a chave dos cuidados de saúde e fator de destinção da profissão de enfermagem em relação às demais profissões. Nos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em ER, o autocuidado é protagonista assíduo, como parte integrante da missão da ER (2018, p. 6), estando integrado nos cuidados de ER (2018, p. 7), e expresso no quarto enunciado descritivo – o bem-estar e o autocuidado (2018, p. 12). Neste sentido é possível perceber uma estreita relação entre a teoria de Dorothea Orem e os cuidados de ER. A pessoa com alteração da deglutição surge à luz desta teoria, como uma pessoa com um défice no autocuidado alimentar, com limitações derivadas da sua condição, que comprometem o alcance de dois dos requisitos universais de autocuidado, a manutenção de uma ingestão suficiente de água e comida. O papel do EEER vai incidir num primeiro momento na avaliação desse défice, de modo a conseguir numa segunda fase, atuar na promoção do autocuidado da pessoa através da reabilitação da deglutição. Pelo meio, o ER pode precisar de implementar intervenções completamente compensatórias como o caso de alimentação entérica, na presença de disfagia severa; ou intervenções parcialmente compensatórias, como ajudar na realização de mudanças posturais que permitam a ingestão de alimentos segura por via oral; até à fase de apoio, em que a pessoa já se consegue alimentar ou realizar os exercícios de reabilitação apenas com a orientação e supervisão do ER.

Face ao apresentado, esta é a teoria que melhor descrever os cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com alteração da deglutição, pois fundamenta a necessidade e o objetivo da intervenção do ER neste distúrbio, pelo que será o referencial teórico que vai acompanhar o presente projeto e posteriormente o relatório final de estágio.

2. PLANO DE ATIVIDADES

A experiência obtida através da prática de cuidados efetiva está profundamente ligada ao desenvolvimento de competências específicas de enfermagem de reabilitação, pressupondo-se que ao longo das aproximadamente dezoito semanas de estágio se alcance o mais próximo possível o nível mais elevado de proficiência através de um processo dinâmico aprimorado e aprofundado pela experiência. Os contextos de estágio descritos no subcapítulo seguinte serão o pano de fundo para desenvolver as competências e realizar as atividades que visam alcançar os objetivos de estágios propostos que se encontram explanados na última parte deste capítulo. Importa referir que devido a motivos vários, não foi realizada entrevista aos contextos de estágio, motivo pelo qual a descrição realiza a seguir dos contextos não será tão profunda como era pretendida. De igual modo, salvaguarda-se que o plano de atividades não se encontra personalizados aos contextos de estágio.

2.1. Descrição dos contextos de estágio

O estágio e o seu relatório a realizar no primeiro semestre, do segundo ano do presente CMER, terão por base dois contextos distintos, um primeiro momento numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) e um segundo numa Unidade de Cérebro-Vascular de um hospital central da região de Lisboa.

A UCC, integrada na rede de cuidados de saúde primários, segundo o website do Serviço Nacional de Saúde (SNS), iniciou atividade em 2010 e é composta por dezassete enfermeiros, não especificando quantos destes especialistas em ER. A UCC tem ainda um website próprio, onde foi possível perceber que o seu horário de funcionamento é de 2^a a 6^a feira, das 8h às 20h, e aos sábados, domingos e feriados das 8h às 15h, para a prestação de cuidados continuados programados. De acordo com o mesmo, esta unidade de saúde tem em desenvolvimento alguns programas específicos, sendo que para o decorrer do presente projeto, ressalvo dois deles: Reabilitação - promoção da autonomia e readaptação; e Fratura do colo do fémur. O primeiro programa, Reabilitação - promoção da autonomia e readaptação, deriva da necessidade de cuidados da população de Almada relacionada com 90% dos utilizadores dos cuidados continuados estarem situados nos níveis 3 e 4 do grau de dependência do Índice de Katz, sendo que 35% dos utentes de cuidados domiciliários de enfermagem tem como patologia adjacente o AVC ou outras patologias vasculares (números retirados do website). Neste sentido, este contexto de estágio afigura-se como um ambiente enriquecido para o desenvolvimento das competências do ER, havendo aqui, em especial nas pessoas que sofreram AVC, um leque de oportunidade para desenvolver os objetivos propostos associados ao tema específico deste projeto - Cuidados de ER à pessoa com alteração da deglutição. O outro projeto, Fratura do colo do fémur, ressalva também o papel

do enfermeiro de reabilitação na promoção da recuperação funcional da pessoa após fratura, com igual ênfase para a prevenção de novas quedas.

Relativamente ao serviço de internamento hospitalar é um serviço de excelência dedicado ao cuidado de pessoas com alterações cérebro-vasculares, com grande incidência na patologia do AVC, devido à sua prevalência nacional (números apresentados anteriormente no capítulo um). Neste sentido, este será um contexto de estágio promotor do desenvolvimento de um amplo leque de competências do ER, onde se poderão desenvolver todas as atividades propostas no plano de atividades, incluindo as decorrentes do tema específico deste projeto.

2.2. Objetivos de estágio

O presente projeto tem como horizonte final o desenvolvimento de competências para a aquisição do título de EEER, neste sentido foram elaborados cinco objetivos a alcançar no decorrer do estágio, que têm por base os enunciados descritos nas Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2019a) e nas Competências Específicas do EEER (OE, 2019b). Juntamente com estes, foi também tido em conta os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em ER (Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, 2018) e ainda os Descritores de Dublin, referentes ao segundo ciclo de ensino. Estes objetivos foram integrados num plano de atividades (apresentado no apêndice 8), onde foram num primeiro momento delineados cinco objetivos: os primários dois incidem a sua atenção sobre competências transversais do Enfermeiro Especialista; o terceiro e quarto objetivo permitem desenvolver competências associadas ao tema específico deste projeto; e o quinto e último objetivo, mais amplo, permite o desenvolvimento das restantes competências do EEER.

Para alcançar cada um destes objetivos foram definidas um grupo de atividades a desenvolver, delineados os seus indicadores e os respetivos recursos a mobilizar, bem como as competências propostas a alcançar com cada objetivo. Como recurso temporal para o desenvolvimento do plano de atividades (apêndice 8) foi realizado um cronograma (Apêndice 9) que espelha o desenvolvimento dos objetivos ao longo dos dois contextos de estágio no decorrer das dezoito semanas, traduzidas em quinhentas horas de estágio, e com término na realização do relatório de estágio nas últimas três semanas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cuidado de enfermagem de reabilitação à pessoa com alteração da deglutição apresenta-se como um desafio real em grande parte associado à complexidade do processo de deglutição e consequente alteração do mesmo. Conhecer o normal processo de deglutição é imperativo, pois permite-nos estar atentos perante os sinais e sintomas de alerta, uma vez que as patologias e distúrbios associados à disfagia são vastos, aumentando o desafio no diagnóstico desta alteração.

A disfagia é uma alteração subvalorizada e pouco reconhecida, sendo que para isso contribuem vários fatores como: a heterogeneidade na nomenclatura, a falta de evidência de elevada qualidade, a ausência de orientações clínicas específicas e o facto de a sua etiologia ser multifatorial (Dziewas et al., 2016).

O ER pode fazer a diferença na abordagem à pessoa com alteração da deglutição, tanto a nível da avaliação da alteração como no processo de reeducação da deglutição. A avaliação da deglutição à “beira da cama”, realizada pelo ER, é intervenção por excelência que permite realizar um diagnóstico precoce da disfagia, prevenindo as suas complicações, nomeadamente a pneumonia de aspiração, conseguindo deste modo promover ganhos em saúde. O ER é o profissional de excelência para realizar esta avaliação, pela proximidade no cuidado diário a estas pessoas mas essencialmente pelos conhecimentos e competências adquiridas pela especialização. No âmbito da reeducação da pessoa com alteração da deglutição várias são as hipóteses de intervenção, com o intuito de melhorar ou restabelecer a funcionalidade desta função humana básica.

O presente projeto apresenta-se como um modo de melhorar os cuidados à pessoa com alteração da deglutição, trazendo evidência científica que permita ao ER selecionar as intervenções mais adequadas face à complexidade da disfagia. Importa ressaltar que muitos dos estudos encontrados nesta área são realizados por terapeutas da fala, sendo fundamental ressaltar a importância do ER na abordagem desta patologia.

Na realização deste projeto surgiram algumas dificuldades na seleção das atividades que fossem ao encontro dos objetivos propostos, sobretudo pelo desconhecimento dos contextos de estágio. Na implementação do projeto tenho como receios a inexperiência na realização de algumas atividades que me proponho, o risco de desfasamento das expectativas traçadas com a realidade dos contextos e ainda gestão do tempo na realização do relatório final no decorrer do estágio.

Espero que este projeto seja uma mais-valia para o meu crescimento e desenvolvimento enquanto EEER, e que consiga fazer a diferença nos cuidados à pessoa com alteração da deglutição.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde, I. (2021). Rede Nacional de Cuidados Paliativos. Retrieved June 14, 2022, from <https://www.acss.min-saude.pt/2016/12/14/cuidados-paliativos/>
- Alves, I. C. F., & Andrade, C. R. F. (2017). Functional change in the pattern of swallowing through the performance of orofacial exercises. *Codas*, 29(3), 1–5. <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20172016088>
- Alves, J., & Babo, M. (2021). Enfermagem de reabilitação à pessoa adulta/idosa em cuidados paliativos. In *Enfermagem de Reabilitação. Conceções e Práticas* (1ª edição, pp. 329–335). Lisboa: Lidel - Edições Técnicas.
- Atkinson, K., & O’Kane, L. (2018). Thickener and beyond: an individualised approach to dysphagia management. *British Journal of Neuroscience Nursing*, 14(Sup2), S13–S19. <https://doi.org/10.12968/bjnn.2018.14.sup2.s13>
- Braga, R. (2016a). Avaliação da Função Deglutição. In *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 181–188). Loures: Lusodidacta.
- Braga, R. (2016b). Reeducação da Deglutição. In *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 263–270). Loures: Lusodidata.
- Branco, C., & Portinha, S. (2017). *Disfagia no Adulto - da teopria à prática* (1ª edição). Lisboa: Papa-Letras.
- Campbell, W. W. (2013). *DeJong’s The Neurologic Examination* (7ª edição). LIPPINCOTT WILLIAMS & WILKINS, a WOLTERS KLUWER business.
- Chen, P. C., Chuang, C. H., Leong, C. P., Guo, S. E., & Hsin, Y. J. (2016). Systematic review and meta-analysis of the diagnostic accuracy of the water swallow test for screening aspiration in stroke patients. *Journal of Advanced Nursing*, 72(11), 2575–2586. <https://doi.org/10.1111/jan.13013>
- Clare, C. S. (2018). Role of the nurse in stroke rehabilitation. *Nursing Standard (Royal College of Nursing (Great Britain) : 1987)*, 33(7), 59–66. <https://doi.org/10.7748/ns.2018.e11194>
- Cohen, D. L., Roffe, C., Beavan, J., Blackett, B., Fairfield, C. A., Hamdy, S., ... Bath, P. M. (2016). Post-stroke dysphagia: A review and design considerations for future trials. *International Journal of Stroke*, 11(4), 399–411. <https://doi.org/10.1177/1747493016639057>

- Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. (2018). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação. Retrieved from https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8141/ponto-4_regulamento-dos-padrões-qualidade-ceer.pdf
- Cruz Arménio, Carvalho e Sá Maria, Conceição Virgílio, Castro Joana, Baixinho Cristina, S. L. (2021). A Pessoa com Doença Músculo Esquelética. In S. Editora (Ed.), *Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Doença Aguda* (1ª Edição, pp. 761–785). Sintra.
- Direção Geral da Saúde. (2003). *Fracturas da extremidade proximal do fémur no idoso: recomendações para intervenção terapêutica*. Direcção Geral de Saúde. Lisboa: DGS. Retrieved from <https://nocs.pt/fracturas-extremidade-proximal-femur-idoso/>
- Direção Geral da Saúde. Norma N° 015/2017: Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Adulto, Direção Geral da Saúde § (2017).
- Direção Geral da Saúde. (2017b). *Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares*.
- Direção Geral da Saúde. (2022). *Plano Nacional de Saúde 2021-2030. Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s*. Lisboa.
- Direcção Geral da Saúde. (2019). *Norma da DGS Implementação da Tabela Nacional de Funcionalidade no Adulto e Idoso. Norma nº 001/2019*. Retrieved from <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012019-de-25012019-pdf.aspx>.
- Dziewas, R., Beck, A. M., Clave, P., Hamdy, S., Heppner, H. J., Langmore, S. E., ... Wirth, R. (2016). Recognizing the Importance of Dysphagia: Stumbling Blocks and Stepping Stones in the Twenty-First Century. *Dysphagia*, 32(1), 78–82. <https://doi.org/10.1007/s00455-016-9746-2>
- Easterling, C. (2017). 25 Years of Dysphagia Rehabilitation: What Have We Done, What are We Doing, and Where are We Going? *Dysphagia*, 32(1), 50–54. <https://doi.org/10.1007/s00455-016-9769-8>
- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Regulamento Geral de Funcionamento dos Ciclos de Estudos Conducentes ao Grau de Mestre e de Cursos de Pós -Licenciatura de Especialização em Enfermagem (2021). Portugal. Retrieved from https://www.esel.pt/sites/default/files/DR_Aviso_17533_2021_REG_ME_PL.pdf
- Faleiros, F., Cordeiro, A., Lopes, F., Bimbatti, K., & Ribeiro, O. (2021). Enfermagem de

- reabilitação na assistência à pessoa com lesão vertebro medular. In *Enfermagem de Reabilitação. Conceções e Práticas* (1ª EDIÇÃO, pp. 404–429). Lisboa: Lidel - Edições Técnicas.
- GOLD. (2022). Global Strategy for Prevention, Diagnosis and Management of COPD. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Retrieved from https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2021/12/GOLD-REPORT-2022-v1.1-22Nov2021_WMV.pdf
- Gomes, C., Marques-Vieira, C., & Braga, R. (2021). A Pessoa com Doença Cerebrovascular. In *Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Doença Aguda* (1ª edição, pp. 387–407). Sintra: Sabooks Editora.
- Grosso-Lawless, S., Davies, C. C., & Lengerich, A. (2019). Developing and testing the diagnostic accuracy of a brief nursing dysphagia screen. *Rehabilitation Nursing*, 0(0), 367–373. <https://doi.org/10.1097/rnj.0000000000000236>
- Hägg, M. K. D., & Tibbling, L. I. E. (2015). Effects on facial dysfunction and swallowing capacity of intraoral stimulation early and late after stroke. *NeuroRehabilitation*, 36(1), 101–106. <https://doi.org/10.3233/NRE-141197>
- Hoeman, S. P. (2011). *Enfermagem de Reabilitação: Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados* (4ª Edição). Loures: Lusodidacta.
- International Council of Nurses. (2012). *Combater a desigualdade: da evidência à ação*. (Ordem dos Enfermeiros, Ed.), *Ordem dos Enfermeiros*. Lisboa. Retrieved from https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8904/ind-kit-2012-final-português_vfinal_correto.pdf
- International Dysphagia Diet Standardisation Initiative (IDDSI). (2019). *The Complete IDDSI Framework Detailed Definitions 2019*. Retrieved from https://www.iddsi.org/IDDSI/media/images/Complete_IDDSI_Framework_Final_31July2019.pdf
- Lazarus, C. L. (2017). History of the Use and Impact of Compensatory Strategies in Management of Swallowing Disorders. *Dysphagia*, 32(1), 3–10. <https://doi.org/10.1007/s00455-016-9779-6>
- Leal, G., & Martins, I. P. (2005). Avaliação da afasia pelo Médico de Família. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 21, 359–364. Retrieved from <https://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/10154/9891>
- Machado, J. R. S., Steidl, E. M. dos S., Bilheri, D. F. D., Trindade, M., Weis, G. L., Jesus, P.

- R. O. de, ... Mancopes, R. (2015). Efeitos do exercício muscular respiratório na biomecânica da deglutição de indivíduos normais. *Revista CEFAC*, 17(6), 1909–1915. <https://doi.org/10.1590/1982-0216201517621514>
- Martino, R., Silver, F., Teasell, R., Bayley, M., Nicholson, G., Streiner, D. L., & Diamant, N. E. (2009). The toronto bedside swallowing screening test (TOR-BSST) development and validation of a dysphagia screening tool for patients with stroke. *Stroke*, 40(2), 555–561. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.107.510370>
- Monteiro, A. C., Striyenku, K., Ferreira, N. P., Cacito, A. S., Brito, C. B., Fonseca, H. M., ... Ribeiro, M. (2021). Tomografia computadorizada de perfusão cerebral no AVC isquêmico: previsão do ASPECTS final através dos valores de core e penumbra. *Saúde & Tecnologia*, (25), 25–37. Retrieved from <https://repositorio.ipl.pt/handle/10400.21/14118>
- Moreira, A., Neves, H., Lucas, N., Silva, R., & Galante, S. (2021). Programa para a reeducação da função alimentação. In *Enfermagem de Reabilitação. Conceções e Práticas* (1ª edição, pp. 550–563). Lisboa: Lidel - Edições Técnicas.
- Oliveira, I. de J., Couto, G. R., & da Mota, L. A. N. (2019). Nursing therapies in the person with post-stroke dysphagia. *Revista de Enfermagem Referencia*, 2019(23), 133–140. <https://doi.org/10.12707/RIV19057>
- Oliveira, I., Mota, L., Freitas, S., & Ferreira, P. (2019). Dysphagia screening tools for acute stroke patients available for nurses: A systematic review. *Nursing Practice Today*, 6(3), 103–115.
- Oliveira Isabel, Mota Susana, Couto Liliana, R., & Germano. (2020). Conceptualization of nursing care to the person with post-stroke dysphagia. *Revista de Enfermagem Referencia*, 2020(4), 1–7. <https://doi.org/10.12707/RV20024>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Áreas Investigação Prioritárias Para a Especialidade De Enfermagem De Reabilitação*. Porto. Retrieved from https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/Areas_Investigacao_Prioritarias_para_EER.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2016). Instrumentos de Recolha de Dados para a Documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação, 1–66. Retrieved from https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDados/DocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. Regulamento n.º 140/2019 Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista Preâmbulo, nº26 Diário da República, 2ª série §

- (2019). Portugal. Retrieved from <https://files.dre.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. Regulamento n.º 392/2019 - Regulamento das Competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação, Diário da República, 2ª série - n.º 85 - 3 de maio de 2019 § (2019). Portugal: Diário da República, 2.ª série — N.º 85 — 3 de maio de 2019. Retrieved from <https://dre.pt/home/-/dre/122216893/details/maximized>
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6ª edition). St. Louis: Mosby.
- Palareti, G., Legnani, C., Cosmi, B., Antonucci, E., Erba, N., Poli, D., ... Toso, A. (2016). The impact of aspiration pneumonia and nasogastric feeding on clinical outcomes in stroke patients: a retrospective cohort study. *International Journal of Laboratory Hematology*, 38(1), 42–49. <https://doi.org/10.1111/ijlh.12426>
- Paranji, S., Paranji, N., Wright, S., & Chandra, S. (2017). A Nationwide Study of the Impact of Dysphagia on Hospital Outcomes among Patients with Dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 32(1), 5–11. <https://doi.org/10.1177/1533317516673464>
- Petronilho, F., Pinheiro, E., & Machado, M. M. (2021). Transições, Promoção de Independência/Autonomia no Autocuidado e do Papel de Cuidado Familiar. In *Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Doença Aguda* (1ª edição, pp. 101–121). Sintra: Sabooks Editora.
- Queirós, P. J. P., Vidinha, T. S. dos S., & Almeida Filho, A. J. d. (2014). Autocuidado : o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(3), 157–164.
- Rangarathnam, B., & McCullough, G. H. (2017). Swallowing Exercises in Patients Post-Stroke: What Is the Current Evidence? *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups*, 2(13), 4–12. <https://doi.org/10.1044/persp2.sig13.4>
- Royal College of Speech and Language Therapists. (2021). Royal College of Speech and Language Therapists. Retrieved from <https://www.rcslt.org/>
- SNS. (2022). Sistema Nacional de Saúde. Transparência. Retrieved July 16, 2022, from <https://transparencia.sns.gov.pt>
- Trapl, M., Enderle, P., Nowotny, M., Teuschl, Y., Matz, K., Dachenhausen, A., & Brainin, M. (2007). Dysphagia bedside screening for acute-stroke patients: The gugging swallowing

screen. *Stroke*, 38(11), 2948–2952. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.107.483933>

Ubbink, D. T., Brölmann, F. E., Go, P. M. N. Y. H., & Vermeulen, H. (2015). Evidence-Based Care of Acute Wounds: A Perspective. *Advances in Wound Care*, 4(5), 286–294. <https://doi.org/10.1089/wound.2014.0592>

Vasconcelos, M. (2021). Ética em enfermagem de reabilitação. In *Enfermagem de Reabilitação. Conceções e Práticas* (1ª edição, pp. 34–37). Lisboa: Lidel - Edições Técnicas.

World Gastroenterology Organisation. (2014). *Practice Guideline — Dysphagia*.

World Health Organization. (2022). Palliative care. Retrieved from <https://www.who.int/health-topics/palliative-care>

APÊNDICE

APÊNDICE 1 – SINAIS E SINTOMAS DE ALERTA

Sinais e Sintomas de Alerta			
Pré-deglutição	Durante a deglutição	Pós-deglutição	Penetração/aspiração
• Incapacidade de controlar a saliva • Odinofagia • Diminuição do apetite • Perda de peso sem explicação aparente	• Sensação de obstrução do bolo alimentar ou “nó na garganta” • Regurgitação nasal • Lacrimejo • Rubor facial • Fazer “caretas” • Movimentos excessivos da língua • Várias deglutições para bolo alimentar pequeno	• Resíduos alimentares na boca • Alteração na qualidade da voz (“voz molhada ou gargalejada”) • Tentar pigarrar ou “limpar a garganta”	• Tosse antes, durante e/ou após a deglutição • Engasgamento/ sensação de asfixia com alimento ou saliva • Mudanças nos sons respiratórios (gorgolejo, pieira ou respiração ruidosa) • Dispneia • Aumento das secreções • Pneumonias de repetição

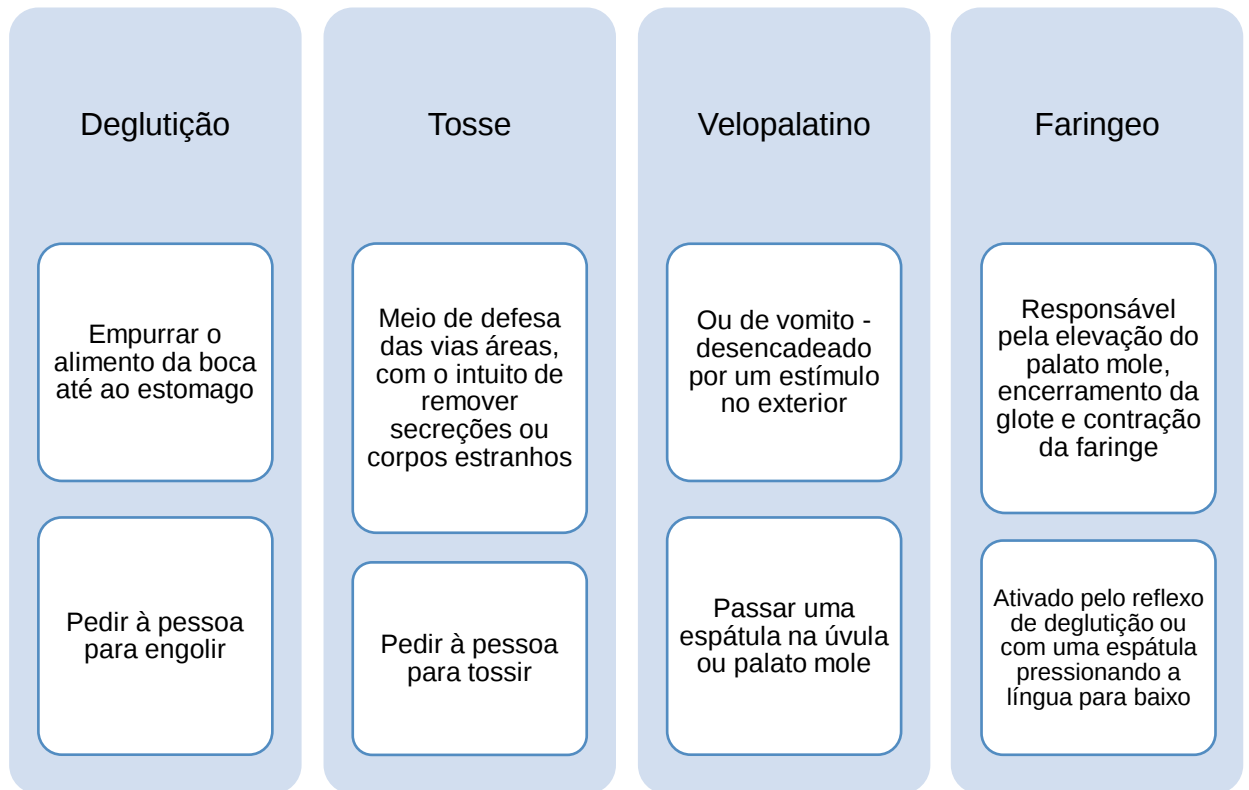
Quadro elaborado com base nas seguintes referências bibliográficas: Braga, 2016; Branco & Portinha, 2017

APÊNDICE 2 – AVALIAÇÃO DOS PARES CRANIANOS DA DEGLUTIÇÃO

Pares Cranianos	Função			Avaliação
	Sensitiva	Motora	Parassimpático	
Trigêmio (V)	• Face • Cavidade oral (2/3 anteriores da língua, palato e dentes) • Cavidade nasal • Propriocepção dos músculos da mastigação	• Músculos da mastigação: ○ Masséter e pterigóideo interno – fechar a mandíbula e fazer protrusão ○ Temporal – fechar a mandíbula e fazer retração ○ Pterigóideo externo – movimentos de lateralidade e abrir a mandíbula • Músculos tensores do véu do palato (palato mole) – mantém a tensão do palato mole evitando que a comida passe da cavidade oral para a nasofaringe • Músculo digástrico anterior – levanta e anterioriza o osso hioide • Músculos milo-hioideu – puxa o osso hioide para cima e para a frente, elevando a base da língua e pressionando contra o palato		Sensibilidade - verificar sensibilidade do palato e 2/3 anteriores da língua (passar compressa) Motora – palpação do músculo masséter enquanto o cerra firmemente os dentes, e pede-se para que abra a boca contra resistência. Se o músculo pterigóideo está fraco, a mandíbula desvia-se para o lado desse músculo. Colocar os dedos sobre o osso hioide e pedir para deglutir.

Facial (VII)	Paladar nos 2/3 anteriores da língua	Músculos da face (expressão facial).	Glândulas submaxilares, sublinguais e lacrimais	Sensibilidade – testar paladar dos 2/3 língua (doces, salgadas e azedas, colocadas nos dois lados da boca) Motor – Verificar fraqueza hemifacial (assimetria dos movimentos faciais, durante a fala ou sorrir).
Glosso-Faríngeo (IX)	- Sensibilidade da faringe - Sensibilidade e paladar 1/3 posterior da língua	- Músculos da Deglutição - Músculo estilofaríngeo: eleva e anterioriza a laringe auxiliando o relaxamento cricofaríngeo	Glândula parótida	<i>Avalia-se IX e X simultaneamente</i> Sensibilidade - Testar reflexo faríngeo colocando a espátula nos dois lados da faringe para verificar assimetria. Motor – Pedir para dizer “ahh” e verificar elevação simétrica do palato. Avaliar presença de rouquidão ou voz nasalada. Verificar presença de saliva acumulada.
Vago (X)	- Palato mole - Paredes posteriores e inferiores da faringe	- Elevador do véu do palato - Músculos constritores da faringe (em conjunto com IX) - Adução das cordas vocais - Relaxamento cricofaríngeo		
Espinhal (XI)		Movimentos do pescoço (inerva esternocleidomastóideo e trapézio)		Motor – Avaliar movimentos da cabeça. Esternocleidomastóideo, pedir para girar a cabeça contra a resistência imposta pela mão do examinador. Trapézio, pedir para levantar os ombros contra a resistência.
Hipoglosso (XII)		→ Músculos intrínsecos da língua		Motor – Pedir para estender a língua para fora e verificar se há atrofia, fasciculações e fraqueza (ocorre desvio para o lado da lesão).

APÊNDICE 3 – REFLEXOS PROTETORES DO PROCESSO DE DEGLUTIÇÃO



Reflexos protetores do processo de deglutição (Branco e Portinha, 2017)

APÊNDICE 4 – TÉCNICAS POSTURAIS

Técnicas Posturais

<i>Flexão cervical</i>	Objetivo	Promover o encerramento das vias aéreas pela epiglote, aumenta o espaço valecular, reduz a velocidade de transferência do bolo alimentar para a parede posterior da faringe
	Indicação	Pessoas com atraso no reflexo, diminuição da elevação da laringe, redução da retração da língua e encerramento laríngeo, e encerramento ineficaz da via aérea.
	Procedimento	Solicitar à pessoa que “junte a cabeça ao peito” durante a deglutição.
	Contraindicações	Fraco encerramento labial ou reduzida constrição faríngea e/ou controlo lingual reduzido.
<i>Extensão cervical</i>	Objetivo	Conduzir o bolo por ação da gravidade para a faringe.
	Indicação	Pessoas com problemas na língua ou remoção de parte desta, com dificuldade em gerar correta pressão da língua
	Procedimento	Previamente, verificar correta ativação da fase faríngea e encerramento da via aérea. Solicitar que posicione a cabeça para trás, durante a deglutição, acrescentar que sustenha a respiração antes (medida adicionar de proteção).
	Contraindicações	Défice na compreensão, no planeamento motor ou realização de movimento de modo impulsivo.
<i>Rotação cervical para o lado afetado</i>	Objetivo	Possibilitar o encerramento da faringe para o lado que está rodado, conduzindo o bolo alimentar para o lado são. Permite adução das cordas vocais do lado da rotação. Aumentar o diâmetro do esfíncter esofágico superior.
	Indicação	Na presença de paresia unilateral da faringe ou laringe e na lesão unilateral das cordas vocais.
	Procedimento	Solicitar que coloque o queixo na direção do ombro do lado afetado, durante a deglutição.
	Contraindicações	Restrição do movimento do pescoço.
<i>Flexão lateral para o lado são</i>	Objetivo	Encaminhar o bolo para o lado são, diminuindo o risco de aspiração evitando as estruturas afetadas.
	Indicação	Lesão do nervo laríngeo superior; alterações unilaterais da cavidade oral como hemiparesia de língua.
	Procedimento	Solicitar que incline a cabeça na direção do ombro são, durante a deglutição.
	Contraindicações	Restrição do movimento do pescoço ou compromisso oral contra-lateral à lesão faríngea ou glótica.
	Objetivo	Impede a entrada na laringe dos resíduos da faringe por alteração do efeito da gravidade.

<i>Deitado (dorsal ou lateral)</i>	Indicação	Lesão faríngea bilateral ou redução da elevação da laringe.
	Procedimento	Posicionar a pessoa em decúbito dorsal ou lateral.
	Contraindicações	Nenhuma apresentada.

Quadro elaborado com base nas seguintes referências bibliográficas: Braga, 2016; Branco & Portinha, 2017; Easterling, 2017.

APÊNDICE 5 – ESTIMULAÇÃO SENSITIVA

Estimulação sensitiva

MUDANÇA NO SABOR

O sabor amargo, conseguido pela adição de ácido cítrico (através de gotas de limão ou outros citrinos) consegue aumentar o estímulo oral do córtex e tronco cerebral, pela estimulação do V PC. Este sabor aumenta a amplitude, força de contração e pressão da língua. (Braga, 2016)

MUDANÇA NO VOLUME

Volumes maiores aumentam a atividades muscular dos músculos submentonianos e laríngeos, aumento força da língua, aumento do tempo e amplitude de movimento da faringe (Easterling, 2017). Volumes maiores de bolos aumento a estimulação da sensibilidade, no entanto estão relacionados a aumento do risco de aspiração (Braga, 2016).

ESTIMULAÇÃO TÉRMICO- TÁTIL

Aplicação de estímulo tátil e térmico através de frio, com recurso a um instrumento como o espelho laríngeo após 10 segundos num copo com gelo e água fria, na cavidade oral – pilar amigdalino anterior (Braga, 2016; Lazarus, 2017). Pressionar de cima para baixo 5 vezes de cada lado e depois pedir a pessoa para deglutir (repetindo 10 vezes). Outra alternativa é pressionar a língua com uma colher (Braga, 2016).

APÊNDICE 6 – MUDANÇAS VOLUNTÁRIAS DA DEGLUTIÇÃO

Mudanças voluntárias da deglutição

<i>Respiração supraglótica</i>	Objetivo	Melhorar o encerramento laríngeo, nomeadamente das cordas vocais através de sustentar a respiração antes, durante e após a deglutição. A tosse permite eliminar resíduos dos alimentos.
	Indicação	Pessoas com alterações da mobilidade da orofaringe.
	Procedimento	Solicitar à pessoa que inspire, realize apneia antes de deglutir, e no final expire ou tossir.
<i>Respiração super-supraglótica</i>	Objetivo	Prolongar o encerramento da via aérea antes, durante e após a deglutição através da realização de esforço extra – manobra de valsava.
	Indicação	Pessoas após cirurgia a tumor da cavidade oral, orofaringe e laringe.
	Procedimento	Solicitar que realize uma inspiração forçada, efetuar um momento de apneia, enquanto realiza força (semelhante à realizada durante a defecação). Pode tossir no final para melhorar a eficácia.
<i>Deglutição Forçada</i>	Objetivo	Melhorar a retração da língua e a pressão faríngea no momento da deglutição, contribuindo para eliminar os resíduos na valécula e faringe depositados no final da deglutição.
	Indicação	Em pessoas com redução da movimentação da faringe, que apresentem resíduos na base da língua, na valécula e parede posterior da faringe.
	Procedimento	Solicitar que degluta com força para contrair todos os músculos orofaríngeos.
<i>Manobra de Mandelson</i>	Objetivo	Melhorar a duração e largura da abertura do esfíncter esofágico superior, por aumento do movimento da laringe e osso hioide durante a fase faríngea. Também reduz os resíduos nos seis piriformes.
	Indicação	Pessoas com reduzida mobilidade da laringe e risco de aspiração.
	Procedimento	Ensinar a pessoa a colocar a mão na laringe e senti-la quando deglute. Quando a laringe atinge a posição máxima de elevação, a pessoa segura-a nessa posição (3 segundos) e deglute nesse momento, deixando-a voltar ao normal no final.
<i>Manobra de Masoko</i>	Objetivo	Facilitar a mobilidade da orofaringe, eliminar os resíduos alimentares na faringe e prolongar a abertura do esfíncter esofágico superior.
	Indicação	Pessoas com diminuição da contração da faringe, com redução com movimentos ântero-posteriores da língua e/ou com fraca mobilidade orofaríngea.

Procedimento	Pedir para puxar a base da língua para a frente e prende-la com os dentes incisivos, deglutindo assim. Deve ser realizada apenas com saliva pelo elevado risco de aspiração.
--------------	--

Quadro elaborado com base nas seguintes referências bibliográficas: Braga, 2016; Branco & Portinha, 2017; Easterling, 2017.

**APÊNDICE 7 – EXERCÍCIOS DE FORTALECIMENTO MUSCULAR OU
AMPLITUDE DE MOVIMENTOS**

EXERCÍCIOS DE FORTALECIMENTO MUSCULAR OU AMPLITUDE DE MOVIMENTOS	
ESTRUTURA	EXERCÍCIO
Lábios	→ Protrair, retrain, lateralizar. → Fazer som de estalar, segurar uma espátula ou outro objeto entre os lábios. → Assobiar, realizar movimento de dar beijos e movimentos de sucção.
Língua	→ Exercícios de amplitude dos movimentos (Realizar o movimentos, manter 2 segundos e relaxar): ○ Colocar a língua o máximo para fora; ○ Mover canto direito da boca; ○ Mover para canto esquerdo da boca; ○ Elevar ponta da língua colocando junto face interna dos dentes. ○ Produzir sons tipo “K” ou “G” (treino parte posterior da língua) ○ Realizar máxima abertura da mandibula com língua em posição elevada ○ Retrair a língua ao máximo → Exercícios de fortalecimentos ou resistência - melhora tempo de trânsito oral e faríngeo e a eficiência da deglutição (realizar o movimentos, manter 2 segundos e relaxar): ○ Retrair a língua; ○ Realizar gargalejo mantendo a língua em posição retraída; ○ Bocejar mantendo a língua em posição retraída; ○ Realizar exercícios resistidos, utilizar depressor de língua, espátula colher ou contra a bochecha acrescentando a pressão dos dedos – empurrar contra a resistência. → Exercícios de manipulação do bolo – melhora os movimentos de mastigação, a formação do bolo e transporte (através compressas embebidas em água): ○ Língua em concha – colocar compressa molhada no meio da língua com ponta de fora, segurar contra o palato duro para selar contra os molares; ○ Movimentos laterais da língua – com compressa dentro da bola, movimenta-la da esquerda para o meio e para a direita, depois inversamente; ○ Movimentos posterior da língua – mover a compressa para cima e para trás com a língua como se fosse engolir; ○ Exercícios da base da língua – retrain a língua ao máximo ou realizar gargalejo ou bocejo.

<i>Mandíbula</i>	→ Realizar movimentos passivos ou ativos e alongamentos – abrir a boca ao máximo e sustentar 2 segundos; mover ao máximo à direita e depois à esquerda; realizar movimentos circulares.
<i>Laringe</i>	→ Voz de falsete: abrir e fechar a boca como estando a bocejar e depois fazer voz de falsete para realizar elevação da laringe. → Manobra de Mendelson (explicada no quadro das mudanças voluntárias da deglutição) → Manobra de Shaker: ○ Em decúbito dorsal pedir para elevar a cabeça até ver os dedos dos pés (sem tirar os ombros da cama) e com a boca fechada – realizar 1 minuto e descansar 1 minuto, repetir 3 vezes; ○ Elevar a cabeça e baixar de seguida (sem sustentar). Repetir 30 vezes.
<i>Bochechas</i>	→ Insuflar as bochechas, unilateral ou bilateral, acrescentar a resistência das mãos. → Realizar movimentos sucção.

Adaptado de Braga, 2016

APÊNDICE 8 – PLANO DE ATIVIDADES

OBJETIVO: Integrar a equipa multidisciplinar nos dois contextos de estágio, compreendendo e promovendo a intervenção do EEER

Atividades

- Reunião informal com orientador dos contextos de estágio e/ou enfermeira chefe para compreender a dinâmica de organização e funcionamentos dos contextos de estágio, os recursos humanos e materiais, bem como projetos em desenvolvimento, com enfoque na ER.
- Apresentação do projeto de estágio ao orientador dos contextos de estágio e/ou enfermeira chefe.
- Conhecimento da constituição da equipa multidisciplinar e sua articulação, funções e método de trabalho.
- Observação do papel do EEER no seio da equipa multidisciplinar.
- Identificação das necessidades formativas da equipa, no âmbito da ER.
- Observação participante da dinâmica e metodologia dos cuidados de ER com base em protocolos, normas, manuais em uso nos contextos de estágio.

Indicadores e critérios de avaliação

- ✓ Conhece a dinâmica de organização e funcionamentos dos contextos de estágio, os recursos humanos e materiais, bem como projetos em desenvolvimento, com enfoque na enfermagem de reabilitação.
- ✓ Apresenta o projeto de estágio.
- ✓ Conhece a equipa multidisciplinar e o papel do EEER.
- ✓ Realiza a identificação das necessidades formativas da equipa.
- ✓ Conhece a dinâmica e metodologia dos cuidados de ER através dos protocolos, normas, manuais em uso nos contextos de estágio.
- ✓ Garante a continuidade de cuidados através da elaboração de registos de qualidade.

• Conhecimento dos sistemas de informação em enfermagem, dos vários contextos de estágio, para documentação dos cuidados especializados.	
Recursos: <u>Humanos</u> - Enfermeiros orientadores de estágio; Equipa multidisciplinar; Enfermeiro chefe; Docente Orientador. <u>Físicos</u> – U-AVC e UCC; Centro de documentação da ESEL; <u>Materiais</u> – Projeto de estágio; Livros; Bases de dados científicas; Documentos orientadores da prática de ER; Protocolos, normas, manuais dos contextos de estágio; Sistemas de informação em enfermagem.	
Domínios e competências <u>Competências comuns do enfermeiro especialista</u> C1 - Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde. ✓ C1.1 Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão. C2 - Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados. [Inclui todas as unidades de competência]	
OBJETIVO: Aperfeiçoar a tomada de decisão e desenvolver o exercício profissional seguro e ético com base no respeito pelos direitos humanos, princípios éticos e deontologia profissional	
Atividades • Tomada de decisão sustentada pelos princípios éticos e deontológicos, pela melhor evidência científica, experiência profissional e experiência da pessoa e família. • Promoção de cuidados de enfermagem de reabilitação centrados na pessoa/família. • Reflexão crítica sobre os cuidados de ER.	Indicadores e critérios de avaliação ✓ Desenvolve intervenções de ER baseadas na deontologia profissional e na prática baseada na evidência. ✓ Desenvolve cuidados de ER centrados na pessoa/família. ✓ Reflete os cuidados de enfermagem de reabilitação através de jornais de aprendizagem. ✓ Integra a pessoa/família nos cuidados de enfermagem reabilitação, respeita a autodeterminação.

Promoção da autodeterminação, respeitando a individualidade da pessoa, promovendo o autocuidado.	
Recursos: <u>Humanos</u> - Enfermeiros orientadores de estágio; Equipa multidisciplinar; Docente Orientador; Pessoa e família/cuidador. <u>Físicos</u> – U-AVC e UCC; Centro de documentação da ESEL; <u>Materiais</u> – Projeto de estágio; Livros; Bases de dados científicas; Documentos orientadores da prática de ER; Protocolos, normas, manuais dos contextos de estágio.	
Domínios e competências <u>Competências comuns do enfermeiro especialista</u> A1 - Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção. ✓ A1.1 - Demonstra uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas. A2 - Garante práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. [Inclui todas as unidades de competência] B3 - Garante um ambiente terapêutico e seguro. ✓ B3.1 - Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo. D1 - Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade. [Inclui todas as unidades de competência] D2 - Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento. ✓ D2.2 - Suporta a prática clínica em evidência científica.	
OBJETIVO: Desenvolver competências de ER no domínio da avaliação da pessoa com alteração da deglutição	
Atividades - Realização de pesquisa e revisão da literatura sobre a avaliação da deglutição e patologias associadas - Recolha de informação relevante para a avaliação da deglutição através da entrevista à	Indicadores ✓ Aplica os conhecimento mais atuais para a avaliação da pessoa com alteração da deglutição. ✓ Mobiliza informação relevante para a avaliação da pessoa com alteração da deglutição. ✓ Aplica de forma rigorosa instrumentos de avaliação da deglutição.

pessoa/família, do processo clínico e de exames complementares de diagnóstico. • Avaliação da pessoa com alteração da deglutição através de instrumentos de avaliação (Gugging Swallowing screen - GUSS e a The Toronto Bedside Swallowing Screening Test) • Treino de avaliação clínica “à beira da cama”, com base na avaliação do estado mental e funções cognitivas, da linguagem, da postura, do padrão respiratório, dos pares cranianos, dos reflexos, e da avaliação funcional da deglutição. • Elaboração de um guia de avaliação clínica da deglutição “à beira da cama”. • Observação de realização de técnicas de avaliação da deglutição (videofluoroscopia e avaliação endoscópica da deglutição). • Elaboração de um fluxograma de abordagem à pessoa com alteração da deglutição, identificando o risco de alteração da deglutição, promovendo o rápido diagnóstico da disfagia.	✓ Desenvolve um guia de avaliação clínica da deglutição “à beira da cama”. ✓ Realiza avaliações clínicas “à beira da cama” à pessoa com risco de alteração da deglutição. ✓ Observa a realização de técnicas de avaliação da deglutição (videofluoroscopia e avaliação endoscópica da deglutição). ✓ Elabora um fluxograma de abordagem à pessoa com alteração da deglutição.
Recursos: <u>Humanos</u> - Enfermeiros orientadores de estágio; Equipa multidisciplinar; Docente Orientador; Pessoa e família/cuidador. <u>Físicos</u> – U-AVC e UCC; Exames especiais para avaliação da deglutição; Centro de documentação da ESEL; <u>Materiais</u> – Projeto de estágio; Livros; Bases de dados científicas; Documentos orientadores da prática de ER; Protocolos, normas, manuais dos contextos de estágio; Sistemas de	

informação em enfermagem; Processo clínico; Instrumentos de avaliação Gugging Swallowing screen - GUSS e a The Toronto Bedside Swallowing Screening Test.

Domínios e competências

Competências comuns do enfermeiro especialista

B1 - Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.

✓ **B1.1** - Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade.

B2 - Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.

✓ **B2.1** - Avalia a qualidade das práticas clínicas.

✓ **B2.2** - Planeia programas de melhoria contínua.

C1 - Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde. [Inclui todas as unidades de competência]

D2 - Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento

✓ **D2.2** - Suporta a prática clínica em evidência científica

Competências específicas do EEER

J1. - Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.

✓ **J1.1.** - Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidade

J3 - Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.

✓ **J3.2** - Avalia e reformula programas de treino motor, cardíaco e respiratório em função dos resultados esperados.

OBJETIVO: Desenvolver competências que permitam implementar intervenções de ER à pessoa com alteração da deglutição

Atividades

- Realização de pesquisa e revisão da literatura sobre intervenções de ER à pessoa com alteração da deglutição.

Indicadores e critérios de avaliação

- ✓ Mobiliza os conhecimento mais atuais na aplicação de intervenções de reeducação da pessoa com alteração da deglutição.
- ✓ Elabora planos de cuidados de ER, promovendo a reeducação da pessoa com alteração da deglutição.

• Concebe planos de ER promovendo a reeducação da pessoa com alteração da deglutição, de acordo com a Teoria de Autocuidado de Orem. • Desenvolve perícia na implementação de intervenções à pessoa com alteração da deglutição: técnicas posturais, estimulação sensitiva, mudanças voluntárias da deglutição, exercícios de amplitude de movimentos e fortalecimento da musculatura respiratória, alteração da consistência da dieta e reeducação funcional respiratória.	✓ Implementa intervenções de ER para a reeducação da pessoa com alteração da deglutição.
Recursos: <u>Humanos</u> - Enfermeiros orientadores de estágio; Equipa multidisciplinar; Enfermeiro chefe; Docente Orientador; Pessoa e família/cuidador. <u>Físicos</u> – U-AVC e UCC; Centro de documentação da ESEL; <u>Materiais</u> – Projeto de estágio; Livros; Bases de dados científicas; Teoria de Autocuidado de Orem; Documentos orientadores da prática de ER; Protocolos, normas, manuais dos contextos de estágio; Sistemas de informação em enfermagem.	
Domínios e competências <u>Competências comuns do enfermeiro especialista</u> B1 - Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica. ✓ B1.1 - Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade. B2 - Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua. ✓ B2.1 - Avalia a qualidade das práticas clínicas. ✓ B2.2 - Planeia programas de melhoria contínua. C1 - Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde. ✓ C1.1 - Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados.	

D2 - Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento

✓ **D2.2** - Suporta a prática clínica em evidência científica.

Competências específicas do EEER

J1 - Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados. [Inclui todas as unidades de competência]

J3 - Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa. [Inclui todas as unidades de competência]

OBJETIVO: Desenvolver competências na prestação de cuidados de ER à pessoa com alterações sensório-motoras, cardiorrespiratórias, cognitivas, de alimentação e eliminação, com vista à promoção das capacidades adaptativas e de autocuidado

Atividades

- Realização de pesquisa e revisão da literatura sobre intervenções de ER à pessoa com alterações sensório-motoras, cardiorrespiratórias, cognitivas, de alimentação e eliminação
- Avaliação da presença de alterações neurológicas, cardiorrespiratórias, sensório-motoras, cognitivas, de alimentação e eliminação.
- Avaliação da funcionalidade da pessoa, identificando os problemas que conduzem à limitação da atividade e incapacidade.
- Concebe planos de cuidados de ER promotores das capacidades adaptativas e de autocuidado, de acordo com a Teoria de Autocuidado de Orem.

Indicadores e critérios de avaliação

- ✓ Mobiliza os conhecimentos mais atuais na aplicação de intervenções de ER à pessoa com alterações sensório-motoras, cardiorrespiratórias, cognitivas, de alimentação e eliminação
- ✓ Avalia a presença de alterações com base consulta do processo clínico, exames complementares de diagnóstico, exame físico e entrevista à pessoa/família.
- ✓ Utiliza instrumentos de avaliação da funcionalidade.
- ✓ Elabora planos de cuidados de ER adequados às necessidades da pessoa/família.
- ✓ Implementa intervenções de ER garantindo a melhoria contínua da qualidade dos cuidados.
- ✓ Reavalia a pessoa, analisando o impacto das intervenções planeadas, através instrumentos de avaliação.

• Implementação de intervenções de enfermagem de reabilitação com base na prática baseada na evidência. • Avaliação das intervenções planeadas através do impacto na redução do risco e a otimização da função.	
Recursos: <u>Humanos</u> - Enfermeiros orientadores de estágio; Equipa multidisciplinar; Enfermeiro chefe; Docente Orientador; Pessoa e família/cuidador. <u>Físicos</u> – U-AVC e UCC; Centro de documentação da ESEL; <u>Materiais</u> – Projeto de estágio; Livros; Bases de dados científicas; Documentos orientadores da prática de ER; Teoria de Autocuidado de Orem; Protocolos, normas, manuais dos contextos de estágio; Sistemas de informação em enfermagem.	
Domínios e competências <u>Competências comuns do enfermeiro especialista</u> B1 - Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica. ✓ B1.1 - Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade. B2 - Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua. ✓ B2.1 - Avalia a qualidade das práticas clínicas. ✓ B2.2 - Planeia programas de melhoria contínua. C1 - Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde. ✓ C1.1 - Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados. D2 - Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento ✓ D2.2 - Suporta a prática clínica em evidência científica. <u>Competências específicas do EEER</u> J1 - Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados. [Inclui todas as unidades de competência]	

J2 - Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania [Inclui todas as unidades de competência]

J3 - Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa. [Inclui todas as unidades de competência]

APÊNDICE 9 – CRONOGRAMA DE ESTÁGIO

Cronograma

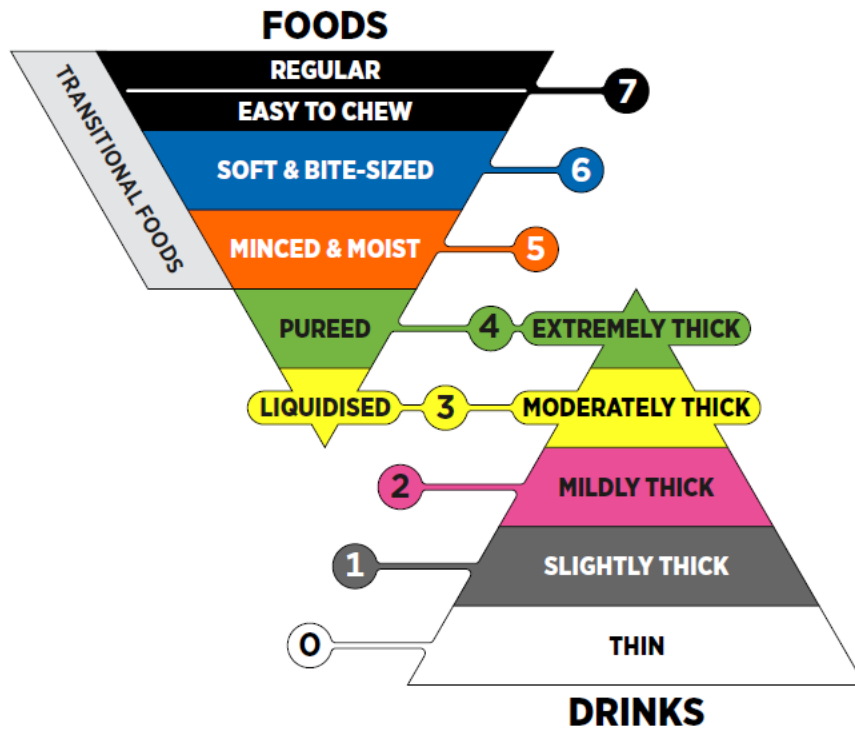
[illegible]

ANEXOS

ANEXO 1 - The IDDSI Framework

The IDDSI Framework

Providing a common terminology for describing food textures and drink thicknesses to improve safety for individuals with swallowing difficulties.



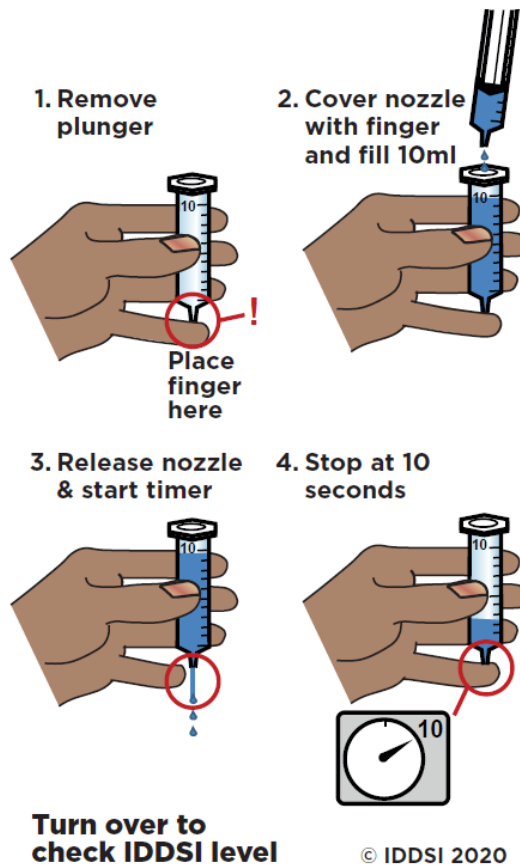
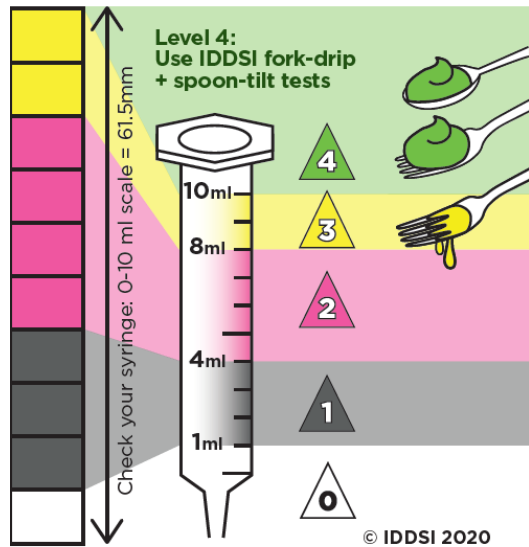
© The International Dysphagia Diet Standardisation Initiative 2019 @ <https://iddsi.org/framework/>
Licensed under the Creative Commons Attribution Sharealike 4.0 License <https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/legalcode>.
Derivative works extending beyond language translation are NOT PERMITTED.

Retirado de:
https://www.iddsi.org/IDDSI/media/images/Complete_IDDSI_Framework_Final_31July2019.pdf

ANEXO 2 – TESTE DE FLUXO POR GRAVIDADE

Flow Test

IDDSI level depends on liquid remaining after 10 seconds flow.



ANEXO 3 – Gugging Swallowing Screen

G U S S

(Gugging Swallowing Screen)

Name: _____
Date: _____
Time: _____

1. Preliminary Investigation / Indirect Swallowing Test

	YES	NO
Vigilance (<i>The patient must be alert for at least for 15 minutes</i>)	1 ☐	0 ☐
Cough and/or throat clearing (<i>voluntary cough</i>) (<i>Patient should cough or clear his or her throat twice</i>)	1 ☐	0 ☐
Saliva Swallow:		
• Swallowing successful	1 ☐	0 ☐
• Drooling	0 ☐	1 ☐
• Voice change (hoarse, gurgly, coated, weak)	0 ☐	1 ☐
SUM:	(5)	
	1 - 4= Investigate further ¹ 5= Continue with part 2	

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

<i>In the following order:</i>	1 →	2 →	3 →
	SEMISOLID*	LIQUID**	SOLID ***
DEGLUTITION:			
▪ Swallowing not possible	0 ☐	0 ☐	0 ☐
▪ Swallowing delayed (> 2 sec.) (Solid textures > 10 sec.)	1 ☐	1 ☐	1 ☐
▪ Swallowing successful	2 ☐	2 ☐	2 ☐
COUGH (involuntary): (<i>before, during or after swallowing – until 3 minutes later</i>)			
▪ Yes	0 ☐	0 ☐	0 ☐
▪ No	1 ☐	1 ☐	1 ☐
DROOLING:			
▪ Yes	0 ☐	0 ☐	0 ☐
▪ No	1 ☐	1 ☐	1 ☐
VOICE CHANGE: (<i>listen to the voice before and after swallowing - Patient should speak „O“</i>)			
▪ Yes	0 ☐	0 ☐	0 ☐
▪ No	1 ☐	1 ☐	1 ☐
SUM:	(5)	(5)	(5)
	1 - 4= Investigate further ¹ 5= Continue Liquid	1 - 4= Investigate further ¹ 5= Continue Solid	1 - 4= Investigate further ¹ 5= Normal
SUM: (Indirect Swallowing Test AND Direct Swallowing Test) _____ (20)			

*	First administer ½ up to a half teaspoon Aqua bi with food thickener (pudding-like consistency). If there are no symptoms apply 3 to 5 teaspoons. Assess after the 5 th 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
¹	Use functional investigations such as Videofluoroscopic Evaluation of Swallowing (VFES), Fiberoptic Endoscopic Evaluation of Swallowing (FEES)

GUSS

(Gugging Swallowing Screen)

GUSS - EVALUATION

RESULTS	SEVERITY CODE	RECOMMENDATIONS
20 Semisolid / liquid and solid texture successful	Slight / No Dysphagia minimal risk of aspiration	- Normal Diet - Regular Liquids (<u>First time under supervision of the SLT or a trained stroke nurse!</u>)
15-19 Semisolid and liquid texture successful and Solid unsuccessful	Slight Dysphagia with a low risk of aspiration	- Dysphagia Diet (pureed and soft food) - Liquids very slowly – one sip at a time - Functional swallowing assessments such as Fiberoptic Endoscopic Evaluation of Swallowing (FEES) or Videofluoroscopic Evaluation of Swallowing (VFES) - Refer to Speech and Language Therapist (SLT)
10-14 Semisolid swallow success successful and Liquids unsuccessful	Moderate dysphagia with a risk of aspiration	Dysphagia diet beginning with : - Semisolid textures such as baby food and additional parenteral feeding. - All liquids must be thickened! - Pills must be crushed and mixed with thick liquid. - No liquid medication! - Further functional swallowing assessments (FEES, VFES) - Refer to Speech and Language Therapist (SLT) <i>Supplementation with nasogastric tube or parenteral</i>
0-9 Preliminary investigation unsuccessful or Semisolid swallow unsuccessful	Severe dysphagia with a high risk of aspiration	- NPO (non per os = nothing by mouth) - Further functional swallowing assessment (FEES, VFES) - Refer to Speech and Language Therapist (SLT) <i>Supplementation with nasogastric tube or parenteral</i>

Retirado de: Trapl, M., Enderle, P., Nowotny, M., Teuschl, Y., Matz, K., Dachenhausen, A., & Brainin, M. (2007). Dysphagia bedside screening for acute-stroke patients: The gugging swallowing screen. *Stroke*, 38(11), 2948–2952.
<https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.107.483933>

APÊNDICE 2 – SINAIS E SINTOMAS DE ALERTA

Sinais e Sintomas de Alerta			
Pré-deglutição	Durante a deglutição	Pós-deglutição	Penetração/aspiração
• Incapacidade de controlar a saliva • Odinofagia • Diminuição do apetite • Perda de peso sem explicação aparente	• Sensação de obstrução do bolo alimentar ou “nó na garganta” • Regurgitação nasal • Lacrimejo • Rubor facial • Fazer “caretas” • Movimentos excessivos da língua • Várias deglutições para bolo alimentar pequeno	• Resíduos alimentares na boca • Alteração na qualidade da voz (“voz molhada ou gargalejada”) • Tentar pigarrar ou “limpar a garganta”	• Tosse antes, durante e/ou após a deglutição • Engasgamento/ sensação de asfixia com alimento ou saliva • Mudanças nos sons respiratórios (gorgolejo, pieira ou respiração ruidosa) • Dispneia • Aumento das secreções • Pneumonias de repetição

Quadro elaborado com base nas seguintes referências bibliográficas: Braga, 2016; Branco & Portinha, 2017

APÊNDICE 3 – AVALIAÇÃO INDIRETA DA DEGLUTIÇÃO

AVALIAÇÃO INDIRETA DA DEGLUTIÇÃO				
Pares Cranianos	Função			Avaliação
	Sensitiva	Motora	Parassimpático	
Trigêmio (V)	• Cavidade oral (2/3 anteriores da língua, palato e dentes) • Propriocepção dos músculos da mastigação	• Músculos da mastigação: ○ Masséter e pterigóideo interno – fechar a mandíbula e fazer protrusão ○ Temporal – fechar a mandíbula e fazer retração ○ Pterigóideo externo – movimentos de lateralidade e abrir a mandíbula • Músculos tensores do véu do palato (palato mole) – mantém a tensão do palato mole evitando que a comida passe da cavidade oral para a nasofaringe • Músculo digástrico anterior – levanta e anterioriza o osso hioide • Músculos milo-hioideu – puxa o osso hioide para cima e para a frente, elevando a base da língua e pressionando contra o palato		Sensibilidade - verificar sensibilidade do palato e 2/3 anteriores da língua (passar compressa) Motora – Verificar alterações nos músculos da mastigação: ▪ Palpação do músculo masséter enquanto cerra firmemente os dentes e pede-se para que abra a boca contra resistência; ▪ Se alteração da força muscular do músculo pterigóideo, a mandíbula desvia-se para o lado desse músculo; ▪ Colocar os dedos sobre o osso hioide e pedir para deglutir.

AVALIAÇÃO INDIRETA DA DEGLUTIÇÃO				
Pares Cranianos	Função			Avaliação
	Sensitiva	Motora	Parassimpático	
Facial (VII)	Paladar nos 2/3 anteriores da língua	Músculos da face (expressão facial).	Glândulas submaxilares, sublinguais e lacrimais	Sensibilidade – testar paladar dos 2/3 língua (doces, salgadas e azedas, colocadas nos dois lados da boca) Motor – Verificar fraqueza hemifacial (assimetria dos movimentos faciais, durante a fala ou sorrir.
Glosso-Faríngeo (IX)	- Sensibilidade da faringe - Sensibilidade e paladar 1/3 posterior da língua	- Músculos da Deglutição - Músculo estilofaríngeo: eleva e anterioriza a laringe auxiliando o relaxamento cricofaríngeo	Glândula parótida	<i>Avalia-se IX e X simultaneamente</i> Motor - Pedir para dizer “ahh” e verificar elevação simétrica do palato e possível hipotonia. - Verificar a qualidade da úvula (hipotónica). - Avaliar alteração da qualidade da voz (rouquidão ou voz nasalada) - Verificar presença de estase salivar. Avaliar reflexos da deglutição (componente aferente e eferente): <u>Reflexo de Deglutição</u> – estimulação da parede posterior da faringe ou parte posterior da língua. Pedir para engolir (envolve também XII PC) <u>Reflexo de Tosse</u> (protetor) – estimulação da membrana mucosa da faringe, laringe, traqueia ou árvore brônquica. Pedir para tossir.
Vago (X)	- Palato mole - Paredes posteriores e inferiores da faringe	- Elevador do véu do palato - Músculos constritores da faringe (em conjunto com IX) - Adução das cordas vocais - Relaxamento cricofaríngeo		

AVALIAÇÃO INDIRETA DA DEGLUTIÇÃO				
Pares Cranianos	Função			Avaliação
	Sensitiva	Motora	Parassimpático	
				▪ <u>Reflexo de Gag/Vômito</u> – estimulação com uma espátula tocando na orofaringe lateral na região do pilar fauce anterior (reflexo faríngeo) ou tocando em cada um dos lados do palato mole ou úvula (reflexo palatino).
Hipoglosso (XII)		→ Músculos intrínsecos da língua		Motor – Pedir para colocar a língua para fora e verificar presença de desvio da língua (para o lado lesado) à protusão. Avaliação elevação assimétrica da base da língua.

Quadro elaborado com base nas seguintes referências bibliográficas: Braga, 2016; Branco & Portinha, 2017; Campbell, 2013.

APÊNDICE 4 – TÉCNICAS POSTURAIS

TÉCNICAS POSTURAIS

<i>Flexão cervical</i>	Indicação	Pessoas com atraso no reflexo, diminuição da elevação da laringe, redução da retração da língua e encerramento laríngeo, e encerramento ineficaz da via aérea.
	Objetivo	Promover o encerramento das vias aéreas pela epiglote, aumenta o espaço valecular, reduz a velocidade de transferência do bolo alimentar para a parede posterior da faringe
	Procedimento	Solicitar à pessoa que “junte a cabeça ao peito” durante a deglutição.
	Contraindicações	Fraco encerramento labial ou reduzida constrição faríngea e/ou controlo lingual reduzido.
<i>Extensão cervical</i>	Indicação	Pessoas com trânsito oral insuficiente ou défice de propulsão da língua (por problemas na língua como remoção de parte desta, com dificuldade em gerar correta pressão da língua)
	Objetivo	Conduzir o bolo por ação da gravidade para a faringe.
	Procedimento	Previamente, verificar correta ativação da fase faríngea e encerramento da via aérea. Solicitar que posicione a cabeça para trás, durante a deglutição, acrescentar que sustenha a respiração antes (medida adicional de proteção).
	Contraindicações	Défice na compreensão, no planeamento motor ou realização de movimento de modo impulsivo.
<i>Rotação cervical para o lado afetado</i>	Indicação	Na presença de paresia unilateral da faringe ou laringe e na lesão unilateral das cordas vocais.
	Objetivo	Possibilitar o encerramento da faringe para o lado que está rodado, conduzindo o bolo alimentar para o lado são. Permite adução das cordas vocais do lado da rotação. Aumentar o diâmetro do esfíncter esofágico superior.
	Procedimento	Solicitar que coloque o queixo na direção do ombro do lado afetado, durante a deglutição.
	Contraindicações	Restrição do movimento do pescoço.

<i>Flexão lateral para o lado são</i>	Indicação	Lesão do nervo laríngeo superior; alterações unilaterais da cavidade oral como hemiparesia de língua.
	Objetivo	Encaminhar o bolo para o lado são, diminuindo o risco de aspiração evitando as estruturas afetadas.
	Procedimento	Solicitar que incline a cabeça na direção do ombro são, durante a deglutição.
	Contraindicações	Restrição do movimento do pescoço ou compromisso oral contra-lateral à lesão faríngea ou glótica.
<i>Deitado (dorsal ou lateral)</i>	Indicação	Lesão faríngea bilateral ou redução da elevação da laringe.
	Objetivo	Impede a entrada na laringe dos resíduos da faringe por alteração do efeito da gravidade.
	Procedimento	Posicionar a pessoa em decúbito dorsal ou lateral.
	Contraindicações	Nenhuma apresentada.

Quadro elaborado com base nas seguintes referências bibliográficas: Braga, 2016; Branco & Portinha, 2017; Easterling, 2017; Moreira, Neves, Lucas, Silva, & Galante, 2021

APÊNDICE 5 – ESTIMULAÇÃO SENSITIVA

ESTIMULAÇÃO SENSITIVA

MUDANÇA NO SABOR

O sabor amargo, conseguido pela adição de ácido cítrico (através de gotas de limão ou outros citrinos) consegue aumentar o estímulo oral do córtex e tronco cerebral, pela estimulação do V PC. Este sabor aumenta a amplitude, força de contração e pressão da língua. (Braga, 2016)

MUDANÇA NO VOLUME

Volumes maiores aumentam a atividades muscular dos músculos submentonianos e laríngeos, aumento força da língua, aumento do tempo e amplitude de movimento da faringe (Easterling, 2017). Volumes maiores de bolos aumento a estimulação da sensibilidade, no entanto estão relacionados a aumento do risco de aspiração (Braga, 2016).

TÉRMICO- TÁTIL

Aplicação de estímulo tátil e térmico através de frio, com recurso a um instrumento como o espelho laríngeo após 10 segundos num copo com gelo e água fria, na cavidade oral – pilar amigdalino anterior (Braga, 2016; Lazarus, 2017). Pressionar de cima para baixo 5 vezes de cada lado e depois pedir a pessoa para deglutir (repetindo 10 vezes). Outra alternativa é pressionar a língua com uma colher (Braga, 2016).

APÊNDICE 6 – EXERCÍCIOS NEUROMUSCULARES

MUDANÇAS VOLUNTÁRIAS DA DEGLUTIÇÃO

<i>Respiração supraglótica</i>	Indicação	Pessoas com compromisso na fase faríngea ou no encerramento das cordas vocais.
	Objetivo	Melhorar o encerramento laríngeo, nomeadamente das cordas vocais através de sustar a respiração antes, durante e após a deglutição. A tosse permite eliminar resíduos dos alimentos.
	Procedimento	Solicitar à pessoa que inspire, realize apneia antes de deglutir, e no final expire ou tossir.
<i>Respiração super-supraglótica</i>	Indicação	Pessoas após cirurgia a tumor da cavidade oral, orofaringe e laringe.
	Objetivo	Prolongar o encerramento da via aérea antes, durante e após a deglutição através da realização de esforço extra – manobra de valsava.
	Procedimento	Solicitar que realize uma inspiração forçada, efetuar um momento de apneia, enquanto realiza força (semelhante à realizada durante a defecação). Pode tossir no final para melhorar a eficácia.
<i>Deglutição Forçada</i>	Indicação	Em pessoas com hipocinesia posterior do língua, que apresentem resíduos na base da língua, na valécula e parede posterior da faringe e/ou sialorreia.
	Objetivo	Melhorar a retração da língua e a pressão faríngea no momento da deglutição, contribuindo para eliminar os resíduos na valécula e faringe depositados no final da deglutição.
	Procedimento	Solicitar que degluta com força para contrair todos os músculos orofaríngeos.
<i>Manobra de Mandelson</i>	Indicação	Pessoas com reduzida mobilidade da laringe e risco de aspiração.
	Objetivo	Melhorar a duração e largura da abertura do esfíncter esofágico superior, por aumento do movimento da laringe e osso hioide durante a fase faríngea. Também reduz os resíduos nos seis piriformes.
	Procedimento	Ensinar a pessoa a colocar a mão na laringe e senti-la quando deglute. Quando a laringe atinge a posição máxima de elevação, a pessoa segura-a nessa posição

		(3 segundos) e deglute nesse momento, deixando-a voltar ao normal no final.
<i>Manobra de Masoko</i>	Indicação	Pessoas com diminuição da contração da faringe, com redução com movimentos ântero-posteriores da língua e/ou com fraca mobilidade orofaríngea.
	Objetivo	Facilitar a mobilidade da orofaringe, eliminar os resíduos alimentares na faringe e perlongar a abertura do esfíncter esofágico superior.
	Procedimento	Pedir para puxar a base da língua para a frente e prendê-la com os dentes incisivos, deglutindo assim. Deve ser realizada apenas com saliva pelo elevado risco de aspiração.
	Indicação	Pessoas com hipotonia labial e /ou alterações do controlo do bolo alimentar na cavidade oral.
<i>Lip pursing</i>	Objetivo	Proteção da via aérea.
	Procedimento	Encerrar os lábios para proceder à deglutição, usando as mãos para o efeito, quando necessário.

Quadro elaborado com base nas seguintes referências bibliográficas: Braga, 2016; Branco & Portinha, 2017; Easterling, 2017; Moreira et al., 2021.

APÊNDICE 7 – EXERCÍCIOS NEUROMUSCULARES

EXERCÍCIOS NEUROMUSCULARES

ESTRUTURA	EXERCÍCIO
Lábios	→ Exercícios de fortalecimento e amplitude dos movimentos (realizar o movimentos, manter 2 segundos e relaxar) ○ Protrair, retrain, lateralizar. ○ Segurar uma espátula ou outro objeto entre os lábios. ○ Fazer som de estalar, Assobiar, mandar beijos. ○ Emitir as sílabas “Pá Pá Pá” fortemente.
Língua	→ Exercícios de fortalecimento ou resistência e amplitude dos movimentos - melhora tempo de trânsito oral e faríngeo e a eficiência da deglutição (realizar o movimentos, manter 2 segundos e relaxar): ○ Protrair e retrain (o máximo possível); ○ Mover canto direito e canto esquerdo da boca (pressionar as bochechas com a língua) acrescentando a pressão dos dedos – (contra a resistência); ○ Elevar ponta da língua colocando junto face interna dos dentes; ○ Realizar máxima abertura da mandíbula com língua em posição elevada; ○ Realizar gargalejo mantendo a língua em posição retraída; ○ Bocejar mantendo a língua em posição retraída; ○ Realizar exercícios resistidos - utilizar depressor de língua, espátula ou colher (empurrar contra a resistência); ○ Produzir sons tipo “K” ou “G” (treino parte posterior da língua); ○ Emitir as sílabas “Tá Tá Tá” fortemente.
Mandíbula	→ Exercícios de fortalecimento ou resistência e amplitude dos movimentos (realizar o movimentos, manter 2 segundos e relaxar) ○ Abrir a boca ao máximo; ○ Mover ao máximo à direita e depois à esquerda; ○ Realizar movimentos circulares.
Bochechas	→ Exercícios de fortalecimento e amplitude dos movimentos (realizar o movimentos, manter 2 segundos e relaxar) ○ Insuflar as bochechas, unilateral ou bilateral, acrescentar a resistência das mãos. ○ Realizar movimentos sucção ou Soprar.
Úvula	→ Exercícios de fortalecimento e amplitude dos movimentos (realizar o movimentos, manter 2 segundos e relaxar) ○ Bocejar ou gargarejar.

Palato Mole	→ Exercícios de fortalecimento e amplitude dos movimentos (realizar o movimentos, manter 2 segundos e relaxar) ○ Soprar ou sugar. ○ Emitir as vogais fortemente ou as vogais “a” e “ã”.
Mobilidade laríngea	→ Voz de falsete: abrir e fechar a boca como estando a bocejar e depois fazer voz de falsete para realizar elevação da laringe. → Manobra de Shaker - Em decúbito dorsal pedir para elevar a cabeça até ver os dedos dos pés (sem tirar os ombros da cama) e com a boca fechada – realizar 1 minuto e descasar 1 minuto, repetir 3 vezes. → Elevar a cabeça e baixar de seguida (sem suster). Repetir 30 vezes.
Controlo do bolo alimentar	→ Exercícios de manipulação do bolo – melhora os movimentos de mastigação, a formação e o transporte do bolo alimentar (através compressas embebidas em água): ○ Língua em concha – colocar compressa molhada no meio da língua com ponta de fora, segurar contra o palato duro para selar contra os molares; ○ Movimentos laterais da língua – com compressa dentro da boca, movimenta-la da esquerda para o meio e para a direita, depois inversamente; ○ Movimento posterior da língua – mover a compressa para cima e para trás com a língua como se fosse engolir;

Adaptado de Braga, 2016 e Moreira et al., 2021

APÊNDICE 8 – ESTUDO DE CASO ECCI

Estudo de Caso ECCI

UC Estágio com Relatório



Elaborado por:
Vanessa Santos

Orientador Clínico:
Enfermeira Patrícia Vidinha

Orientador:
Professora Doutora Vanda Marques Pinto

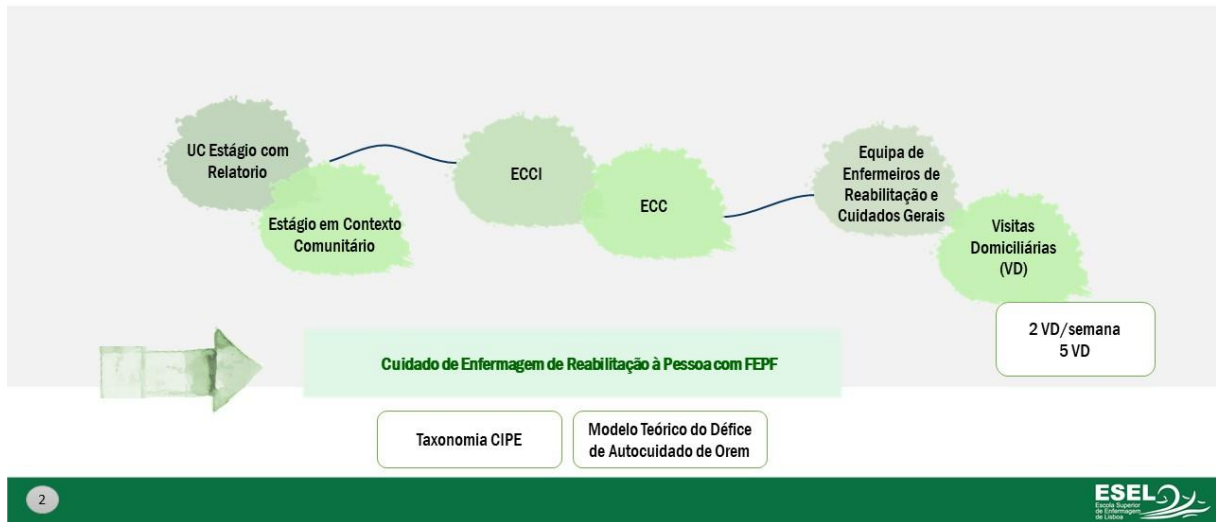
Coorientador:
Professor Ricardo Braga

Lisboa, 30 de dezembro de 2021

Sumário

01. ENQUADRAMENTO DO LOCAL DE ESTÁGIO
02. COLHEITA DE DADOS
03. AVALIAÇÃO INICIAL
04. PLANO DE CUIDADOS
05. AVALIAÇÃO GLOBAL DO PLANO DE REABILITAÇÃO
06. BIBLIOGRAFIA

Enquadramento do local de estágio



Enquadramento



FRATURA DE EXTREMIDADE PROXIMAL DO FÉMUR

Promoção da maximização das funcionalidades e autocuidados

Prevenção de complicações
Redução de taxas de reinternamento
Promoção do retorno ao ambiente social e familiar

Colheita de Dados



Identificação

- Nome – S.R.
- Sexo feminino
- 72 anos
- Raça – caucasiana
- Vive com o marido
- Reformada de técnica de laboratório escolar



Antecedentes Pessoais de Saúde

- Hipertensão arterial
- Diabetes tipo 2
- Dislipidemia
- Obesidade
- Doença ulcerosa gástrica e Hérnia do hiato
- Diverticulose esquerda
- Microlitíase renal
- Lesão do lóbulo superior direito e adenopatia hilar em estudo
- Anemia ferropénica
- Hipotireoidismo
- Perturbação depressiva (após morte de filho)
- Síndrome vertiginosa (seguimento prévio em consulta de ORL)
- S/P cirurgia a cataratas em 2015 e 2016



História de Doença Familiar

- Desconhece antecedentes familiares revelantes



Medicação Habitual

4

Colheita de Dados

NOME :

MEDICAÇÃO	JEJUM	PEQUENO ALMOÇO	ALMOÇO	LANCHE	JANTAR	DEITAR	OBSERVAÇÕES
Folifer		1			1		
Mirtazapina 15mg						1	
Tapentadol 50mg		1			1		
Ramipril/amlodipina 5mg/5mg		1					
Eutirox 75mcg	1						
Esomeprazol 40mg	1						
Metformina 500mg		1			1		
Eucreas 50/1000mg		1			1		
Sertralina 50mg		1					
Lorazepam 1mg						1	
Metamizol magnésio							SOS
Enoxaparina 40mg/0,4 ml							1 vez dia - Termina a 13/11/2021

5

Colheita de Dados

História de Doença Atual

- 11/10/2021 - Bloco operatório, sob raquianestesia
 - Ortopedia → Artroplastia total da anca por via de abordagem ântero-lateral com colocação de haste femoral e cabeça bipolar 42 colo curto



- Neurocirurgia → Vertebroplastia percutânea bipedicular de D12, L2 e L4, com injeção de 4 cc de PMMA por vertebra.

PÓS-OPERATÓRIO

- Hb 7,2 g/dL fez 1UCE → 8,4g/dL
- 1º levante - 2º dia de pós-operatório - sem intercorrências
- Alta para domicílio - 3º dia pós-operatório
- Indicação - marcha com carga total e apoio de meio auxiliar de marcha
- Fica referenciada e a aguardar vaga para ECCI por necessidade de cuidados de reabilitação



Um programa individualizado à pessoa com FEPF, capacitando-a, possibilita o regresso aos níveis funcionais pré-fratura



8

Avaliação Inicial

Realizada a dia 11/11/2021

Cuidador formal e informal

- Cuidador formal
 - USF
 - Equipa de ECCI - UCC (inicia acompanhamento a 11/11/2021)
- Cuidador informal
 - Marido, que tem 82 anos de idade
 - Filha vive perto e dá apoio aos pais (ajuda nos cuidados de higiene)



Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit - pontuação de 40
→ Sem sobrecarga do cuidador

História económica e sociofamiliar

- Doente e marido reformados, tendo apenas como meio de subsistência reforma de ambos

Condições habitacionais

- Prédio urbano
- Rua de acesso com plano inclinada e passeio de calçada irregular
- 2º andar sem elevador, escadas largas e com corrimão de um lado
- Casa 3 assoalhadas com áreas pequenas e reduzido espaço livre, corredor estreito e várias barreiras arquitetónicas.
- Água canalizada, rede de saneamento básico, eletricidade, razoáveis condições térmicas e de higiene
- Casa de banho - banheira de aproximadamente 50cm de altura, sem elevação de sanita
- Quarto - cama baixa de aproximadamente 50cm de altura

9

Avaliação Inicial

Realizada a dia 11/11/2021

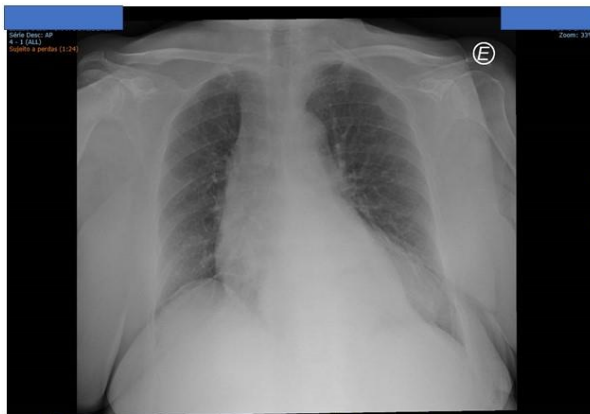
Sinais vitais

Pressão arterial	133/73 mmHg
Frequência cardíaca	91 bpm
Saturações de periféricas de O2	97% a ar ambiente
Temperatura	36°C
Dor (Escala numérica da dor)	Dor 0 no membro inferior direito Dor 6 na região da coluna dorso lombar

Avaliação da função respiratória

AVALIAÇÃO SUBJETIVA	
Tosse, expectoração ou toracalgias	
Ausência de tosse, expectoração ou toracalgias	
Dispneia – Escala de Borg	
Após realização dos exercícios na primeira sessão, doente classificou o seu cansaço como 3 – moderada.	
AVALIAÇÃO OBJETIVA	
Auscultação Pulmonar	
Murmúrio vesical	Mantido
Ruído adventício	Ausência de sibilos, broncoespasmo, roncos ou ferveores
Inspeção do tórax	
Estática	Tórax normal, sem abaulamentos ou retrações
Dinâmica	Eupneica, com respiração regular, de predomínio torácica, superficial e simétrica
Rx tórax – Pré-operatório	
Radiografia em incidência ântero-posterior (maior ampliação da silhueta cardíaca), centrada, pouco inspirada. Adequada penetração. Apresenta uma hipotransparência parahilar que poderá corresponder a um espessamento esofágico/adenopatia hilar e uma lesão do lóbulo superior direito a justificar estudo dirigido a realizar pela pneumologia em ambulatorio.	

10



Avaliação da função respiratória

Dor (Escala numérica da dor)
Dor 0 no membro inferior direito
Dor 6 na região da coluna dorso lombar

AVALIAÇÃO SUBJETIVA	
Tosse, expectoração ou toracalgias	
Ausência de tosse, expectoração ou toracalgias	
Dispneia – Escala de Borg	
Após realização dos exercícios na primeira sessão, doente classificou o seu cansaço como 3 – moderada.	
AVALIAÇÃO OBJETIVA	
Auscultação Pulmonar	
Murmúrio vesical	Mantido
Ruído adventício	Ausência de sibilos, broncoespasmo, roncos ou ferveores
Inspeção do tórax	
Estática	Tórax normal, sem abaulamentos ou retrações
Dinâmica	Eupneica, com respiração regular, de predomínio torácica, superficial e simétrica
Rx tórax – Pré-operatório	
Radiografia em incidência ântero-posterior (maior ampliação da silhueta cardíaca), centrada, pouco inspirada. Adequada penetração. Apresenta uma hipotransparência parahilar que poderá corresponder a um espessamento esofágico/adenopatia hilar e uma lesão do lóbulo superior direito a justificar estudo dirigido a realizar pela pneumologia em ambulatorio.	

11

Avaliação Inicial

Realizada a dia 11/11/2021

Avaliação Neurológica

Consciência e função cognitiva	<i>Escala Rancho Los Amigos</i>	Nível 8 - Intencional e apropriado: orientado e responde ao ambiente. Exibe transferências para novos aprendizados, e não necessita de supervisão, uma vez que tenham sido aprendidas as atividades. As habilidades de raciocínio abstrato estão diminuídas em relação aos níveis pré-mórbidos
Memória	Sem alterações	
Atenção	Sem défices de atenção Beneficia de regulação multisensorial	
Fala	Sem alterações	
Pares Cranianos avaliado apenas pares cranianos alterados	II - Ótico	- Acuidade visual mantida - teste de contagem dos dedos à distância do braço, nos quatro quadrantes - Redução da acuidade visual para ver ao perto iniciada após os 50 anos de idade segundo utente - presbiopia
	VIII - Vestíbulo coclear	- Acuidade auditiva mantida - Apresenta síndrome vertiginosa, com presença de desequilíbrio associado a movimentos rápidos em posição ortostáticas e a altura (como escadas) - Sem presença de nistagmo

12

Avaliação Inicial

Realizada a dia 11/11/2021

Avaliação Neurológica

Tónus muscular	<i>Escala de Ashworth modificada</i>	Score 0 - sem alteração	
Força muscular	<i>Escala Medical Research Council</i>	Movimento	Direita
		Esquerda	
		Abdução coxofemoral	3/5
		Adução coxofemoral	3/5
		Flexão coxofemoral	3/5 (avaliada até aos 90°)
		Extensão coxofemoral	3/5
		Flexão joelho	4/5
		Extensão joelho	4/5
Amplitude articular	<i>Goniometria</i>	Flexão tibiotársica	4/5
		Extensão tibiotársica	4/5
Amplitude articular	<i>Goniometria</i>	Articulação	Avaliação
		Movimento	
		Abdução coxofemoral	0-45°
		Adução coxofemoral	0-15°
		Flexão coxofemoral	0-125°
Amplitude articular	<i>Goniometria</i>	Extensão coxofemoral	0-10°

13

Avaliação Inicial

Realizada a dia 11/11/2021

Avaliação das Atividades de Vida Diária
Índice de Barthel

Score de 75



Moderada dependência

Autocuidado avaliado	Avaliação	
Alimentação	Independente	10
Transferência	Independente	15
Toalete	Independente	5
Utilização do WC	Independente	10
Banho	Dependente, precisa de alguma ajuda	0
Mobilidade	Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda	10
Subir e descer escadas	Dependente	0
Vestir	Com ajuda	5
Controlo intestinal	Controla perfeitamente, sem acidentes	10
Controlo urinário	Controla perfeitamente, sem acidentes	10
Score		75

17

Avaliação Inicial

Realizada a dia 11/11/2021

Requisitos de autocuidado universais

Requisito de autocuidado	Padrão habitual de autocuidado	Déficite de autocuidado	Sistema de Enfermagem
Manutenção da respiração suficiente	Sem alterações do padrão respiratório	-	-
Manutenção de ingestão suficiente de alimentos	Doente com diabetes, não insulino tratado e IMC com pré-obesidade.	Ensinos sobre dieta hipoglucídica.	Sistema de apoio educativo
Promoção dos cuidados associados com a eliminação	Sem alterações do padrão de eliminação	-	-
A manutenção do equilíbrio entre a atividade e o descanso	Padrão sono-vigília mantido, com recurso a benzodiazepinas	Padrão sono-vigília mantido, com recurso a benzodiazepinas	Sistema de apoio educativo
A manutenção do equilíbrio entre a solidão e a interação social	Previamente à queda doente interagia com amigos e família de forma mais próxima.	Apesar de confinada ao domicílio interage diariamente com a família e amigos próximos	Sistema parcialmente compensatório
A prevenção dos riscos para a vida humana, para o funcionamento humano e para o bem-estar humano	Provavelmente previamente com risco de queda associado a episódios de desequilíbrio pelo síndrome vertiginoso.	Alto risco de queda segundo escala de Morse e com equilíbrio aceitável segundo escala de Equilíbrio de Berg	Sistema parcialmente compensatório
A 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	Previamente autónomo em todas as atividades de vida diária	Moderada dependência segundo o índice de Barthel	Sistema parcialmente compensatório

18

Plano de Cuidados

DIAGNÓSTICOS

- 1 Dor presente na região dorso lombar (mais acentuada em repouso)
- 2 Intolerância à atividade na realização dos exercícios
- 3 Movimento muscular do membro inferior direito diminuído
- 4 Equilíbrio corporal dinâmico em posição ortostática e sentado comprometido
- 5 Andar com auxílio de marcha

Plano de Cuidados

3 Movimento muscular do membro inferior direito diminuído

Monitorizar a força muscular – EMRC

Monitorizar a amplitude articular – Goniometria

Executar exercícios de fortalecimento muscular e amplitude articular



Realizar treino de levantar/sentar

Incentivar a pessoa a realizar exercícios musculares e articulares (1x dia)

Respeitar o limite da amplitude do movimento muscular

Supervisionar o movimento

Ensinar, instruir e treinar posicionamento de relaxamento lombar e redução do risco de luxação da anca



Ensinar, instruir e treinar ações para redução do risco de luxação da anca



Plano de Cuidados

		Prescrição de exercícios de Reeducação Funcional Motora - Frequência (series e repetição)				
Tipo de Exercícios		1ª Semana	2ª Semana		3ª Semana	
		11/11	15/11	18/11	22/11	25/11
Exercícios isotônicos dos membros superiores	Extensão e flexão do ombro [Bilateral - uso de bengala a fazer de bastão]		1 série 10 repetições Ativas Assistidas	1 série 12 repetições Ativas	2 série 10 repetições Ativas	2 série 10 repetições Ativas
	Abdução e adução do ombro [Bilateral]		1 série 10 repetições Ativas Assistidas	1 série 12 repetições Ativas	2 série 10 repetições Ativas	2 série 10 repetições Ativas
	Rotação da escápula umeral [Bilateral - uso de bengala a fazer de bastão]		1 série 10 repetições Ativas Assistidas	1 série 12 repetições Ativas	2 série 10 repetições Ativas	2 série 10 repetições Ativas
	Flexão e extensão do cotovelo [Bilateral - uso de bengala a fazer de bastão]		1 série 10 repetições Ativas Assistidas	1 série 12 repetições Ativas	2 série 10 repetições Ativas	2 série 10 repetições Ativas
	Flexão e extensão do coxo-femoral		1 série 10 repetições Ativas Assistidas	1 série 12 repetições Ativas	2 série 10 repetições Ativas Resistidas	2 série 10 repetições Ativas Resistidas
Exercícios isotônicos do membro inferior esquerdo (são)	Flexão e extensão dos joelhos com flexão da anda		1 série 10 repetições Ativas Assistidas	1 série 12 repetições Ativas	2 série 10 repetições Ativas Resistidas	2 série 10 repetições Ativas Resistidas
	Abdução e adução da coxo-femoral		1 série 10 repetições Ativas Assistidas	1 série 12 repetições Ativas	2 série 10 repetições Ativas Resistidas	2 série 10 repetições Ativas Resistidas (elástico)
	Flexão (até aos 90°) e extensão do		1 série	1 série	1 série	2 série

Exercícios isotónicos do membro inferior direito (lesado)	Flexão (até aos 90º) e extensão do coxo-femoral	Avaliação de Inicial	1 série 8 repetições Ativas Assistidas	1 série 12 repetições Ativas	1 série 12 repetições Ativas	2érie 10 repetições Ativas Resistidas	
	Flexão e extensão dos joelhos com flexão da anda (até aos 90º)		1 série 8 repetições Ativas Assistidas	1 série 12 repetições Ativas Assistidas - uso de bola	2 série 10 repetições - uso de bola	2 série 10 repetições Ativas Assistidas - uso de bola	
	Abdução e adução até à linha média da coxo-femoral (colocar almofada entre os joelhos)		1 série 8 repetições Ativas Assistidas	1 série 12 repetições Ativas	2 série 10 repetições Ativas	2 série 10 repetições Ativas Resistidas (elástico)	
Exercícios fortalecimento lombar, abdominal e quadríceps	Exercícios isométricos dos glúteos, abdominais e quadríceps		1 série 8 repetições Ativas	1 série 12 repetições Ativas	1 série 12 repetições Ativas	2 série 8 repetições - Ativas	
	Técnica de Ponte (sem realizar adução para além da linha média – colocar almofada entre os joelhos)			1 série 6 repetições Ativas Assistidas	1 série 8 repetições Ativas Assistidas	2 série 8 repetições - Ativas	
	Em dorsal membros inferiores a fazer movimento de bicicleta				1 série 6 repetições	1 série 8 repetições	
	Flexão da coxo-femoral em dorsal e sustentar em extensão					1 série 6 repetições Ativas Assistidas	
Treino de levantar /sentar sem ajuda				1 série 4 repetições	1 série 4 repetições		
Treino de andar com canadiana				Percorrer o quarto até ao fundo do corredor	Percorrer o quarto até às escadas do prédio	Percorrer do quarto até às escadas do prédio	Percorrer do quarto até às escadas do prédio
Treino de descer/subir escadas					1 Vão de escadas	1 Vão de escadas	1 Vão de escadas

Plano de Cuidados

4 Equilíbrio corporal dinâmico em posição ortostática e sentado comprometido

Avaliar equilíbrio corporal - Equilíbrio dinâmico em posição ortostática e sentado diminuído

Monitorizar equilíbrio através de escala de Berg

Monitorizar o risco de queda através da Escala de Risco de Queda de Morse

Adaptar o calçado – sapato fechado e raso

Executar técnica de treino de equilíbrio

Estimular a manter o equilíbrio – correção postural (sem espelho de dimensão adequada no domicílio), corrigir rotação externa MID

- Movimentos de inclinação anterior e posterior do tronco
- Movimentos de oscilação da esquerda para a direita do tronco
- Exercícios de coordenação de movimento – andar (com canadiana e supervisão) em linha reta, apoio unipodal (com apoio de mãos), contorno de obstáculos



25

Plano de Cuidados

5 Andar com auxiliar de marcha

Avaliar e escolher auxiliar de marcha mais adequado: canadiana

Avaliar o conhecimento sobre a adaptação do domicílio para andar com auxiliar de marcha

Ensinar sobre adaptação do domicílio para andar com auxiliar de marcha - tapetes

Avaliar o conhecimento sobre andar com canadiana

Treinar andar a 3 pontos com canadiana (canadiana do lado esquerdo, perna direita - operada, perna esquerda - sã)

Treinar técnica de subir e descer escadas com apoio de corrimão e canadiana

Treinar entrar e sair de carro

Assistir e incentivar a andar com a canadiana



26

Avaliação do Plano de Cuidados

1 Dor presente na região dorso lombar (mais acentuada em repouso)	2 Intolerância à atividade na realização dos exercícios	3 Movimento muscular do membro inferior direito diminuído	4 Equilíbrio corporal dinâmico em posição ortostática e sentado comprometido	5 Andar com auxílio de marcha
Dor 0 – MID Mantém dor 4-6 região dorso lombar Não realizou SOS Consulta NC	Cansaço reduzido na Escala de Borg após exercícios	↑ força muscular- todos os segmentos MID 4/5 ↑ amplitude articular nos movimentos da articulação coxofemoral direita Refere fazer exercícios uma vez/dia	Risco de queda elevado Reforço da importância de andar com canadiana Agudização Sind. vertiginoso	Realizado treino de andar com canadiana marcha a 3 pontos Treino de subir/ descer escadas, dificuldade no descer por medo e sensação de queda ao olhar para baixo.

19

Referências bibliográficas

- Baylor Scott & White Health. (2019). Orthopedic guide Hip fracture. Acedido em: 17/07/2021. Disponível em: <https://www.bswhealth.com/SiteCollectionDocuments/specialties/orthopedics/hip-fracture-brochure.pdf>
- Cruz, A. et al. (2021). A Pessoa com Doença Musculo Esquelética. In Marques-Vieira, C., Sousa, L. & Baixinho, C. (Coord), Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Doença Aguda (pp. 761-786). Lisboa: Saboos
- Direção Geral de Saúde. (2003). Fracturas da Extremidade Proximal do Fémur no Idoso: Recomendações para Intervenção Terapêutica. Lisboa: Ministério da Saúde
- Direção Geral de Saúde. (2012). Programa Nacional de Prevenção de Acidentes. Projeto: COM MAIS CUIDADO - Prevenção de acidentes domésticos com pessoas idosas. Lisboa: Ministério da Saúde
- Hoeman, Shirley P. - Enfermagem de reabilitação: prevenção, intervenção e resultados esperados. 4ª ed.. Loures : Lusodidacta, 2011.XX, 840 p.. ISBN 978-989-8075-31-4
- Lino, N. (2016). Terapêutica de Posição na Pessoa Submetida a Redução e Osteossíntese (DHS e cavilha). In Lourenço, M., Ferreira, O. & Baixinho, C. (Coord), Terapêutica de Posição: Contributo para um Cuidado de Saúde Seguro (pp. 339-343). Lisboa: Lusodidacta
- Ordem dos Enfermeiros. (2016). Instrumentos de Recolha de Dados para a Documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação, 1-66. Retrieved from https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colecoes/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Padrão documental nos cuidados de enfermagem de reabilitação, 60.
- Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. (2018). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação. Retrieved from https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8141/ponto_4_regulamento-dos-padrões-qualidade-ceer.pdf
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of Practice*. (6ª ed). St. Louis: Mosby.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n.º 392/2019 - Regulamento das Competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. *Diário Da República, 2ª Série - n.º 85 - 3 de Maio de 2019*, 13565-13568. Retrieved from <https://dre.pt/home/-/dre/122216893/details/maximized>
- Ribeiro, Olga - Enfermagem de reabilitação : conceções e práticas. Lisboa : Lidel, cop. 2021. XXXI, 719 p.. ISBN 978-989-752-723-4
- UNIDADE CURRICULAR DE OPÇÃO I (Diapositivos da aula). Prof. Joaquim Paulo Oliveira e Profª. Cristina Baixinho. ESEL, 2021

15



Estudo de Caso ECCI

UC Estágio com Relatório

Elaborado por:
Vanessa Santos

Orientador:
Professora Doutora Vanda Marques Pinto

Coorientador:
Professor Ricardo Braga

**APÊNDICE 9 – GUIA PARA O UTENTE E CUIDADOR:
REEDUCAÇÃO DA DEGLUTIÇÃO**

Bibliografia

- Braga, R. (2016). Reeducação da Deglutição. In Cuidados de Reabilitação de Enfermagem à Pessoa ao Longo da Vida (pp. 263-270). Loures: Lusodidata.
- Branco, C., & Portinha, S. (2017). Disfagia no Adulto - da teoria à prática (1ª edição). Lisboa: Papa-Letras.
- Cordeiro, Maria & Menoita, Elsa. (2012) Manual de boas práticas na reabilitação respiratória : conceitos, princípios e técnicas. Loures : Lusociência, XX, 380 p.. ISBN 978-972-8930-86-8

Imagens Retiradas

- Capa - <https://vitaclinica.com.br/blog-da-vida/disfagia-um-nome-que-voce-precisa-conhecer/>
- 1 - https://www.google.com/search?q=disfagia&client=firefox-b-d&sxsrf=AOaemvLNHW_60hpkvm5kpEwxTEil7q5kA:1638544389978&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=2ahUKEwj1krDC9cf0AhWGgPOHHX-UCpoQ_AUoAXoECAEQAw&biw=1280&bih=595&dpr=1.5#imgre=CdpQK_bj-esWM
- 2 - <https://pt.dreamstime.com/foto-de-stock-royalty-free-espremendo-o-lim%C3%A3o-%C3%A0-disposic%C3%A3o-http://www.bjorl.org.br/pt-analise-acustica-da-degluticao-orofaringea-articulo-X2530053916480810e-gota-3-https://www.youtube.com/watch?v=XdyFel4owqQ4-http://www.bjorl.org.br/pt-analise-acustica-da-degluticao-orofaringea-articulo-X25300539164808105-https://br.depositphotos.com/vector-images/disfagia.html>
- 3 - <https://www.youtube.com/watch?v=XdyFel4owqQ>
- 4 - <http://www.bjorl.org.br/pt-analise-acustica-da-degluticao-orofaringea-articulo-X2530053916480810>
- 5 - <https://br.depositphotos.com/vector-images/disfagia.html>

Em caso de dúvida contate-nos

Telemóvel: 960 281 011
E-mail: eccl.almada@arslvt.min-saude.pt
Web: <http://ucc-almada.comunidades.net/>

Elaborado por:

Enf. Vanessa Santos (Estudante de Enfermagem de Reabilitação)
Enf. Patricia Vidinha (Especialista em Enfermagem de Reabilitação)

Reeducação da Deglutição

Exercícios e Alimentação

Guia para Utente e Cuidador



A Pessoa com Disfagia

A deglutição "normal" depende da harmonia do funcionamento de um conjunto de estruturas anatómicas do sistema digestivo e respiratório.

A **disfagia** é uma dificuldade em deglutir, resultante de um atraso no percurso do alimento até chegar ao estômago, com passagem de conteúdo alimentar para a via respiratória (ver imagem 1 em baixo).



Imagem 1 – Deglutição normal vs disfagia

Sinais e Sintomas de Alerta

- Após a deglutição
 - Acumulação de resíduos alimentares na boca
 - Presença de "voz molhada ou gargalejada"
 - Tentar pigarrar ou "limpar a garganta"
- Tosse antes, durante e/ou após a deglutição
- Engasgamento/ sensação de asfixia com alimento ou saliva



Imagem 4 – Tipos de Consistências

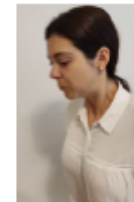
Tosse Voluntária

Conseguir realizar uma tosse eficaz é uma medida preventiva, que devemos desenvolver para utilizar em caso de engasgamento. Nessa situação, somos estimulados a tossir com o objetivo de "limpar" os resíduos que se acumularam na via aérea. A tosse voluntária é uma forma de treinar a tosse eficaz que é desencadeada de forma espontânea.

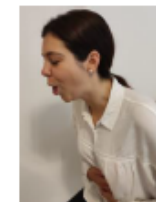


Imagem 5 – Engasgamento

Para treinar esta tosse, devemos estar sentados com os pés apoiados e inclinar ligeiramente o tronco para a frente. De seguida:



1. Inspirar pelo nariz como se "cheira-se uma flor"



2. Apertar a barriga com os braços e por último tossir com a boca aberta

ESTIMULAÇÃO SENSITIVA

Utilize estímulos sensoriais como a mudança de temperatura, de sabor ou a textura, para promover um aumento da percepção do alimento e melhorar a coordenação das estruturas. Estes exercícios devem apenas ser realizados por indicação do Enfermeiro.

Estimulação térmico-tátil

Colocar uma colher num copo com gelo e água fria durante 10 segundos, posteriormente colocá-la na bola passando-a pela língua, bochechas e palato.



Imagem 2 – Estimulação térmica – tátil com frio e colher

Mudança de sabor

Estimular o paladar pela ingestão de água com sabor amargo através da adição de gotas de limão (a água deve ser usada à consistência que bebe normalmente).



ALIMENTAÇÃO E DISFAGIA

A consistência da dieta a ser ingerida deve ser uma indicação de um profissional de saúde. O objetivo desta prescrição é sempre a segurança do doente, ou seja, quando possível manter a alimentação oral com o menor risco de aspiração alimentar. Neste sentido pode surgir a indicações da ingestão de líquidos com consistência específica, para tal utilizamos o espessante alimentar.

Reeducação da Deglutição

Com o intuito de melhorar o processo de deglutição de sólidos e/ou líquidos e reduzir o risco de aspiração (passagem para a via respiratório de conteúdo alimentar) existe um conjunto de exercícios que podem ser realizados para melhorar a função de deglutir.

EXERCÍCIOS DE FORTALECIMENTO MUSCULAR

Servem para melhorar a força e a coordenação dos músculos envolvidos no processo de deglutição. Devem ser realizados ao espelho para aumentar a percepção do movimento.

Dos Lábios

Dar beijos ou assoviar (retrair/protrair os lábios)	Mover os lábios para a esquerda e direita	Segurar entre os lábios uma colher pequena ou outro
Manter 2 segundos em cada posição e depois relaxar (Repetir vezes)		

Da Língua



Colocar o máximo para fora



Mover para o canto direito



Mover para o canto esquerdo

*Manter 2 segundos em cada posição e depois relaxar
(Repetir __ vezes)*



Elevar a ponta da língua até face interna dos dentes



Colocar ao máximo a língua para dentro



Realizar o som "G"

*Manter 2 segundos em cada posição e depois relaxar
(Repetir __ vezes)*

Das Bochechas



Enche de ar a bochecha esquerda



Enche de ar a bochecha direita



Enche de ar as bochechas e apertar com as mãos

*Manter 2 segundos em cada posição e depois relaxar
(Repetir __ vezes)*

Do Maxilar Inferior



Abrir a boca ao máximo



Mover o maxilar ao máximo para direita e esquerda



Realizar movimentos circulares

*Manter 2 segundos em cada posição e depois relaxar
(Repetir __ vezes)*

**APÊNDICE 10 – REEDUCAÇÃO DA DEGLUTIÇÃO NA PESSOA COM
DISFAGIA: FORMAÇÃO DE ENFERMEIROS DA ECCI
(Diapositivo de capa e sumário)**

Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com alteração da deglutição

UC Estágio com Relatório

Elaborado por:

Vanessa Santos

Orientador clínico:

Enfermeira Patrícia Vidinha

Orientador:

Professor Ricardo Braga

Almada, 10 de dezembro de 2021



Sumário

01. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL
02. AVALIAÇÃO DA DEGLUTIÇÃO
03. REEDUCAÇÃO DA DEGLUTIÇÃO
04. REGISTOS DE ENFERMAGEM
05. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

**APÊNDICE 11 – JORNAL DE APRENDIZAGEM: SÍNDROMES
NEUROVASCULARES**

JORNAL DE APRENDIZAGEM

Síndromes Neurovasculares

O presente jornal de aprendizagem enquadra-se na unidade curricular Estágio com Relatório, a decorrer em contexto hospitalar, mais especificamente numa Unidade de Acidente Vascular Cerebral (U-AVC) de um hospital central da região de Lisboa e Vale do Tejo. A U-AVC destina-se a tratar, na sua grande maioria, doente com AVC em fase aguda, mas também doentes eletivos que são propostos para procedimentos de diagnóstico e terapêutico de alterações cérebro vasculares (como aneurismas e MAV).

A doença Cerebrovascular é uma patologia complexa que se apresenta como um desafio tanto a nível da prevenção, como do diagnóstico e também tratamento. O AVC está incluído neste grupo de patologias e segundo a OMS (2009) “é caracterizado por um comprometimento neurológico focal ou global de início súbito com duração superior a 24h ou conduz a morte, sem outra causa aparente que a de origem vascular” (Gomes, Marques-Vieira, & Braga, 2021, p. 387).

Desde o início do estágio, devido à grande especificidade de patologias de foro cerebrovascular fui confrontada com a realidade da prestação de cuidados diferenciados, em especial à pessoa após AVC. Neste sentido tive necessidade de procurar sólidos e válidos padrões de conhecimento para basear a praxis clínica especializada, indo desta forma ao encontro da aquisição de competências comuns do enfermeiro especialista (*D2.2 - Suporta a prática clínica em evidência científica*). Acrescenta-se ainda que esses conhecimentos alicerçam as intervenções correspondentes às competências específicas do EEER, nomeadamente para Cuidar de pessoas com necessidades especiais e ainda Maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa (Competência J1 e J3).

Para a prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação diferenciados e de qualidade à pessoa após AVC isquémico, é imprescindível a compreensão dos mecanismos fisiopatológicos envolvidos. Perante um AVC isquémico é necessária a compreensão da neuroanatomia envolvida, incluindo-se nesta uma variedade de estruturas diferenciadas com uma complexa harmonia de funcionamento, nomeadamente o sistema nervoso central e a circulação arterial cerebral. Como consequência da disfunção focal causada pela interrupção do fornecimento de sangue arterial que reflete uma área de isquemia cerebral é possível reconhecer um grupo de síndromes comuns do AVC. O presente jornal de aprendizagem culmina com a apresentação da tabela seguinte, onde se divide pela circulação cerebral anterior e posterior, cada uma das principais artérias (Figura 1 – circulação cerebral), a sua área de irrigação e as principais alterações documentadas. A construção desta tabela foi uma

forma de aprofundar conhecimentos nesta área, bem como construir uma ferramenta prática de revisão desses conhecimentos.

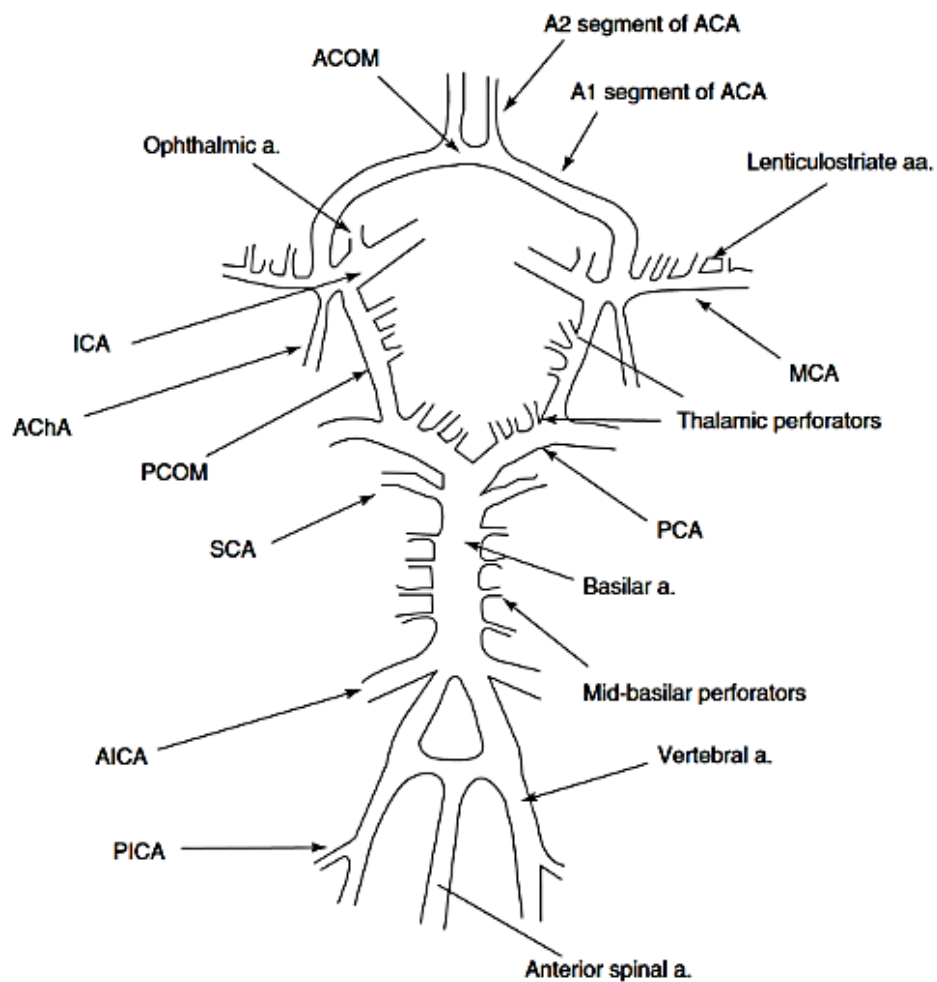


Figura 1 - Circulação Cerebral
Imagem retirada de Tarulli (2021, p. 318)

CIRCULAÇÃO ANTERIOR		
Artéria	Região Irrigada	Síndrome Neurovascular
Artéria carótida interna (ACI)	<u>Lóbulo frontal</u> <u>Lóbulo temporal</u> <u>Lóbulo parietal</u> <u>Núcleo caudado, a cápsula interna, o putâmen e o globo pálido lateral</u>	• Combinação das síndromes ACM e ACA – défices graves, com risco de morte se edema maciço ou défices leves se a oclusão se desenvolver lentamente com estabelecimento circulação da carótida contralateral ou da circulação posterior. • <u>Embolização distal</u> – êmbolos alojam-se na ACM, na artéria oftálmica ou nos ramos da artéria retiniana (causa cegueira monocular ou amaurose fugaz) • <u>Isquemia da bacia hidrográfica</u> – área de distribuição final de território vascular, em caso de hipotensão (PCR), hemiparésia ligeira predomínio proximal
Artéria cerebral média (ACM) (Ramo ACI)	<u>Lóbulo frontal (região superior)</u> <u>Lóbulo temporal superior</u> <u>Lóbulo parietal inferior</u>	• <u>Tronco da ACM – M1</u> ○ Hemiplegia/Hemiparesia severa contralateral ○ Paresia facial ○ Hemipostesia contralateral ○ Desvio do olhar ipsilateral ○ Síndrome maligno ACM ▪ Aumento da PIC ▪ Herniação cerebral ou morte ○ Envolvimento dos núcleos da base
		• <u>ACM distal – M2</u> ○ Hemiparesia braquial ○ Paresia fácil ○ Desvio do olhar ipsilateral
		• <u>ACM superior</u> ○ Hemiparesia e parestesias da mão e face
		• <u>ACM inferior</u> ○ Ligeira hemiparesia e/ou parestesias contralateral de face e mão ○ Hemianopsia homónima contralateral

		• <u>ACM esquerda</u> ○ Perda de linguagem adquirida ○ Afasia global ○ Afasia de Broca – lesões da divisão superior ○ Afasia de Wernicke – lesões da divisão inferior ○ Alexia, agrafia ○ Apraxia
		• <u>ACM direita</u> ○ Hemineglet esquerdo ○ Delírio com agitação aguda - divisão inferior ACM direita ○ Anosognosia ○ Asomatognosia ○ Disartria ○ Perda da prosódia da fala
Artéria cerebral anterior (ACA)	<u>Lóbulo frontal médio</u> <u>Lóbulo parietal</u>	• Hemiparesia contralateral predomínio crural • Hipostesia crural ligeira • Abulia, desinibição, disfunção executiva • Sinais de desfrontalização – impulsividade, inadequação social, agressividade
		• ACA esquerda ○ Afasia transcortical motora
		• ACA Azigos (ambas as A2 surgem do mesmo A1) – oclusão A1 hemiparesia crural bilateral

CIRCULAÇÃO ANTERIOR		
Artéria	Região Irrigada	Síndrome Neurovascular
Artéria cerebral posterior (ACP) Ramo da AB	<u>Lóbulo occipital</u> <u>Lóbulo temporal médio</u> <u>Tálamo</u>	• Lóbulo occipital (córtex visual) ○ Hemianopsia homônima contralateral ○ Cegueira cortical (lesão bilateral do lóbulo occipital)
		• Lóbulo temporal médio ○ Alterações da memória de longo e curto prazo ○ Alteração de comportamento (agitação, raiva, paranoia)
		• ACP direito ○ Prosopagnosia
		• ACP esquerda ○ Alexia sem agrafia ○ Agnosia para cores ○ Agnosia visual
		• Tálamo ○ Hemiparestesia contralateral ○ Afasia (se lado esquerdo) ○ Disfunção executiva ○ Diminuição do nível de consciência ○ Alterações da memória ○ Dormência do hemicorpo contralateral
Artéria Basilar (AB)	Oclusão completa priva os tratos corticoespinal e corticobulbar descendentes bilaterais levando à síndrome do encarceramento, plégia completa, com exceção dos movimentos oculares verticais e do piscar, consciência mantida pelo mesencéfalo e o tálamo.	
	<i>Ramos penetrantes da porção média da AB</i>	• Hemiparesia contralateral por isquemia do trato corticoespinal na ponte • Abdução do olho ipsilateral e paralisia facial ipsilateral
	<i>Oclusão do topo da AB</i>	• Manifestações oculares - olhar vertical e deficiências de convergência • Manifestações relacionadas com isquemia da SCA e ACP

	<u>Tronco Cerebral</u>	• Alterações sensoriais cruzados • Alterações motores cruzados (face ipsilateral, corpo contralateral) • Nistagmo evocado pelo olhar • Ataxia e vertigem, dismetria dos membros • Diplopia e Parésia ocular • Disartria • Disfagia • Desvio de língua
	<u>Mesencéfalo</u>	• Parésia do 3º PC homolateral (ptose palpebral e paresia ocular) • Hemiparesia contralateral do braço e perna, às vezes com hemiplegia da face • Hemiataxia contralateral
	<u>Protuberância</u>	• Sinais ipsilaterais: ○ Síndrome de Horner – alterações nervo simpático (miose, ptose, anidrose) ○ Paralisia 6º e/ou 7º nervo craniano (diplopia, todo o lado da face é fraco) ○ Perda auditiva (raro) ○ Termohipostesia/termoanestesia e Hipoalgesia/Analgesia • Sinais contralaterais: ○ Hemiparesia da perna e braço ○ Hemihipostesia do braço e perna ○ Nistagmo, náusea
	<u>Bulbo</u>	• Náusea, nistagmo, disfagia, disartria • Sinais ipsilaterais: ○ Diminuição força língua ○ Hipostesia da face ○ Síndrome de Horner ○ Ataxia ○ Hipotonia do palato (disfagia) • Sinais contralaterais: ○ Hemiparesia e hemihipostesia do braço e perna
	SAC – Artéria Cerebelar superior	• Ataxia motora • Desequilíbrio, vertigem, náusea, vômito • Disartria • Disfagia (sintoma diferenciador da PICA)
	<u>AICA – Artéria Cerebelar Inferior anterior</u>	

Artéria Vertebral	<u>PICA – Artéria cerebelar inferior posterior</u>	• Diplopia, paresia dos movimentos oculares conjugados • Cefaleia occipito-nucal • Nistagmo • Alterações da marcha • Coma por hidrocefalia ou compressão do tronco cerebral
	<u>Síndrome de Wallenberg</u>	• Vertigem, náusea, vômito • Dor facial • Disartria • Disfagia • Ataxia do membro ipsilateral • Nistagmo • Analgesia na face ipsilateral e no corpo contralateral • Síndrome de Horner ipsilateral • Ataxia de membro ipsilateral

SÍNDROMES DE AVC LACUNARES		
AVC puro motor	Braço posterior da cápsula interna, coroa radiaria, base da ponte ou pedúnculo cerebral)	• Hemiparesia/hemiplegia contralateral afetando face, braço e perna • Disartria • Disfagia
AVC puro sensitivo	Tálamo	• Parestesias contralateral da face, braço e perna
AVC sensoriomotor	Tálamo e capsula interna	• Sem alterações de campo visual, afasia, negligência ou outros sintomas
Hemiparesia Atáxica	Coroa radiaria	• Hemiparesia atáxica contralateral
AVC - Clumsy hand-dysarthria	Protuberância e/ou coroa radiaria ou capsula interna	• Paresia facial contralateral com disartria grave e disfagia • Com parésia/ataxia da mão contralateral e, às vezes, parésia do braço ou perna

Bibliografia

- Chibante, E. & Pereira, L. (2021). Doenças Neurológicas Degenerativas: Cuidados de Enfermagem ao Longo do seu Percurso. In Marques-Vieira, C., Sousa, L. & Baixinho, C. (Coord), Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Doença Aguda (pp. 101-122). Lisboa: Sabooks
- Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. (2018). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação. Retrieved from https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8141/ponto-4_regulamento-dos-padrões-qualidade-ceer.pdf
- Direção-Geral da Saúde. Portugal Doenças Cérebro-Cardiovasculares em Números, 2015. DGS, 2016.
- Gomes, C., Marques-Vieira, C. & Braga, R. (2021). A Pessoa com Doença Cerebrovascular. In Marques-Vieira, C., Sousa, L. & Baixinho, C. (Coord), Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Doença Aguda (pp. 101-122). Lisboa: Sabooks
- Ordem dos Enfermeiros. (2019a). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário Da República*, 2ª Série, nº26, 4744–4750.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019b). Regulamento n.º 392/2019 - Regulamento das Competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. *Diário Da República*, 2ª Série - n.º 85 - 3 de Maio de 2019, 13565–13568. Retrieved from <https://dre.pt/home/-/dre/122216893/details/maximized>
- Tarulli, A. (2021). *Neurology: A Clinician's Approach*. (Third Edition).

APÊNDICE 12 – AVALIAÇÃO COGNITIVA

MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA)
VERSÃO PORTUGUESA 7.3 – VERSÃO ALTERNATIVA

Nome: _____ Idade: _____
Gênero: _____ Data de Nascimento: _____
Escolaridade: _____ Data de Avaliação: _____

VISUO-ESPACIAL / EXECUTIVA		Copiar o cilindro		Desenhar um Relógio (nove e dez) (3 pontos)		Pontos																
						1/5																
NOMEAÇÃO						2/3																
MEMÓRIA	Leia a lista de palavras. O sujeito deve repeti-las. Realize dois ensaios. Solicite a evocação da lista 5 minutos mais tarde. <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Barco</th> <th>Ovo</th> <th>Calças</th> <th>Sofá</th> <th>Roxo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1º ensaio</td> <td>☒</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☒</td> <td>☒</td> </tr> <tr> <td>2º ensaio</td> <td>☒</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> </tbody> </table>		Barco	Ovo	Calças	Sofá	Roxo	1º ensaio	☒	☐	☐	☒	☒	2º ensaio	☒	☐	☐	☐	☐	Sem Pontuação		
	Barco	Ovo	Calças	Sofá	Roxo																	
1º ensaio	☒	☐	☐	☒	☒																	
2º ensaio	☒	☐	☐	☐	☐																	
ATENÇÃO	Leia a sequência de números. (1 número/segundo) O sujeito deve repetir a sequência [X] 5 4 1 8 7. O sujeito deve repetir a sequência na ordem inversa [X] 1 7 4. Leia a série de letras (1 letra/segundo). O sujeito deve bater com a mão cada vez que for dita a letra A. Não se atribuem pontos se ≥ 2 erros. [1] FBACMNAAJKLBAFAKDEAAAJAMOFAB	4/2																				
	Subtrair de 7 em 7 começando em 80. [X] 73 [X] 66 [] 59 [] 52 [] 45 4 ou 5 subtrações correctas: 3 pontos; 2 ou 3 correctas: 2 pontos; 1 correcta: 1 ponto; 0 correctas: 0 pontos	4/3																				
LINGUAGEM	Repetir: Ela soube que o advogado dela meteu um processo após o acidente. [X] As meninas a quem deram muitos doces ficaram com dores de barriga. [X] Fluência verbal: Dizer o maior número possível de palavras que comecem pela letra "M" (1 minuto). 1 [X] (N ≥ 11 palavras)	1/2																				
ABSTRAÇÃO	Semelhança p.ex. entre banana e laranja = frutos [X] olho - ouvido [X] trompete - piano [X]	2/2																				
EVOCAÇÃO DIFERIDA	Deve recordar as palavras SEM PISTAS <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Barco</th> <th>Ovo</th> <th>Calças</th> <th>Sofá</th> <th>Roxo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1º ensaio</td> <td>☒</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>2º ensaio</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> </tbody> </table>		Barco	Ovo	Calças	Sofá	Roxo	1º ensaio	☒	☐	☐	☐	☐	2º ensaio	☐	☐	☐	☐	☐	Pontuação apenas para evocação SEM PISTAS		1/5
	Barco	Ovo	Calças	Sofá	Roxo																	
1º ensaio	☒	☐	☐	☐	☐																	
2º ensaio	☐	☐	☐	☐	☐																	
ORIENTAÇÃO	[X] Dia do mês [X] Mês [X] Ano [X] Dia da semana [X] Lugar [X] Localidade	5/6																				

Adapted by: Z. Nasreddine MD, N. Phillips PhD, H. Chertkow MD
© Z. Nasreddine MD

Versão Portuguesa: Freitas, S., Simões, M. R., Santana, I., Martins, C. & Nasreddine, Z. (2013). Montreal Cognitive Assessment (MoCA): Versão 3. Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

TOTAL 13/30

Devo copiar
Noção

Mini Mental State Examination (MMSE)

1. Orientação (1 ponto por cada resposta correcta)

Em que ano estamos? 2022 ✓ Agosto ✓
Em que mês estamos? 1 ✓
Em que dia do mês estamos? 1 ✓
Em que dia da semana estamos? X ✓
Em que estação do ano estamos? ✓

Nota: 4

Em que país estamos? ✓
Em que distrito vive? ✓
Em que terra vive? ✓
Em que casa estamos? ✓
Em que andar estamos? !

Nota: 4

2. Retenção (contar 1 ponto por cada palavra correctamente repetida)

"Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cor".

Pêra ✓
Gato ✓
Bola ✓

Nota: 3

3. Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correcta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como correctas. Parar ao fim de 5 respostas)

"Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar".

27 X 24 X 21 ✓ 18 X 15 X

Nota:

4. Evocação (1 ponto por cada resposta correcta.)

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".

Pêra
Gato ✓
Bola

Nota: 1

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correcta)

a. "Como se chama isto? Mostrar os objectos:

Relógio ✓
Lápis ✓

Nota: 2

b. "Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA"

Nota: 1

c. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa"; dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita ✓

Dobra ao meio ✓

Coloca onde deve ✓

Nota: 3

d. "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS"; sendo analfabeto lê-se a frase.

Fechou os olhos ✓

Nota: ✓

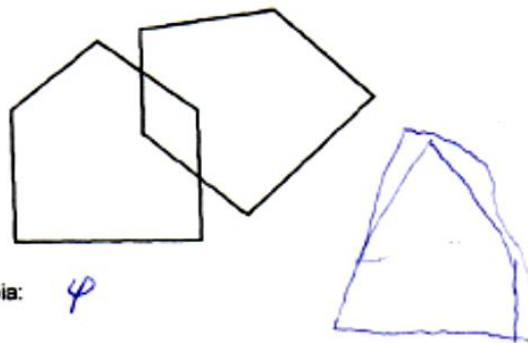
e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Frase:

Nota: 1

6. Habilidade Construtiva (1 ponto pela cópia correcta.)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.



Cópia: ✓

Nota: ✓

TOTAL (Máximo 30 pontos): 79

Considera-se com defeito cognitivo:

• analfabetos ≤ 15 pontos

• 1 a 11 anos de escolaridade ≤ 22

• com escolaridade superior a 11 anos ≤ 27

APÊNDICE 13 – ESTUDO DE CASO EM CONTEXTO U-AVC

Estudo de Caso U-AVC

UC Estágio com Relatório



Elaborado por:
Vanessa Santos

Orientador Clínico:
Enfermeira Teresa Gonçalves

Orientador:
Professora Doutora Vanda Marques Pinto

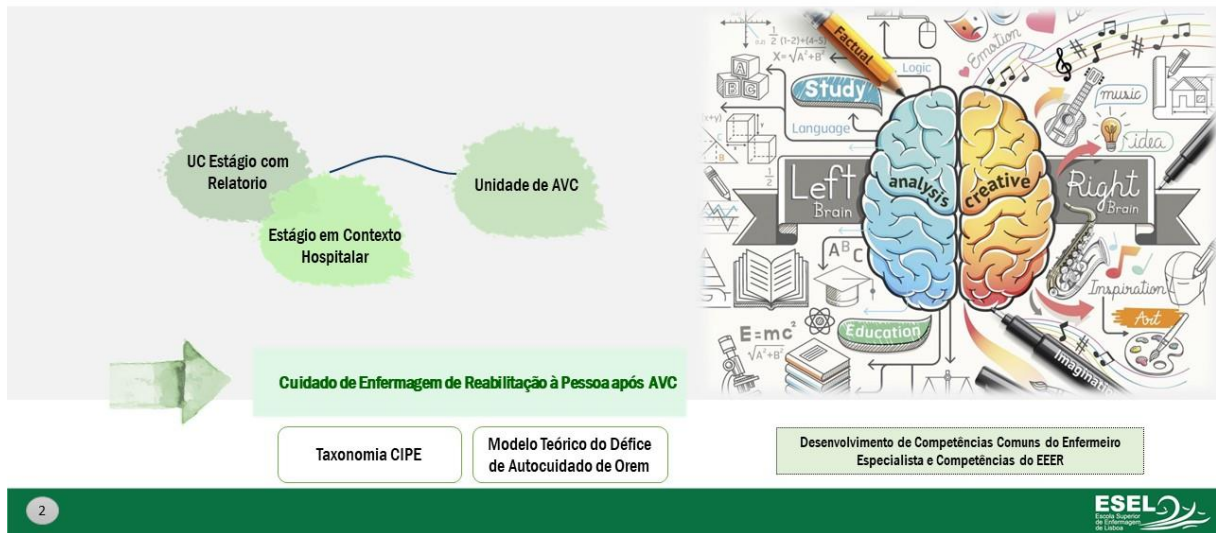
Coorientador:
Professor Ricardo Braga

Lisboa, 07 de fevereiro de 2022

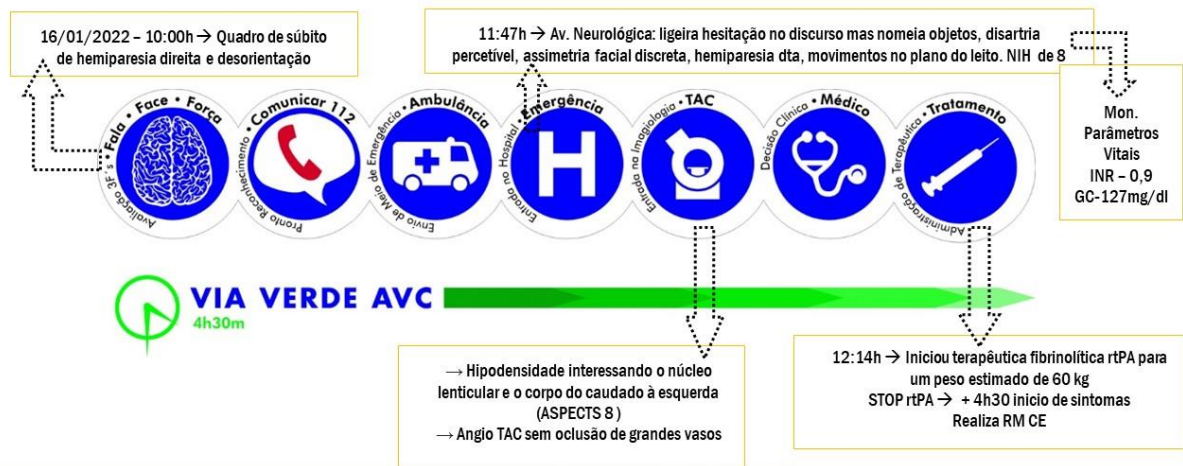
Sumário

01. ENQUADRAMENTO DO LOCAL DE ESTÁGIO
02. COLHEITA DE DADOS
03. AVALIAÇÃO INICIAL
04. PLANO DE CUIDADOS
05. AVALIAÇÃO GLOBAL DO PLANO DE REABILITAÇÃO
06. BIBLIOGRAFIA

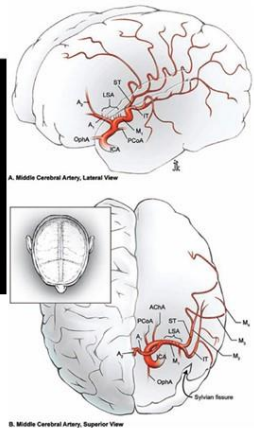
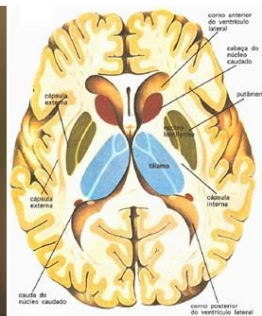
Enquadramento do local de estágio



Colheita de Dados



Colheita de Dados



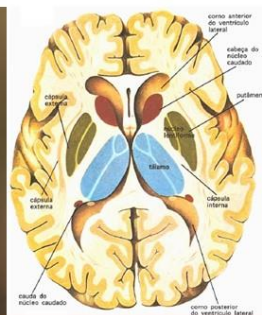
Lesão confluenta do núcleo lenticular, braço anterior da cápsula interna, corpo do caudado e coroa radiária adjacente

3

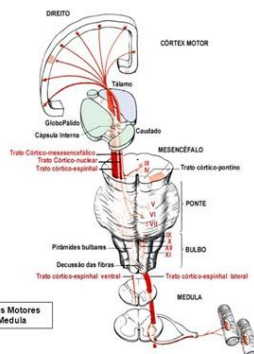
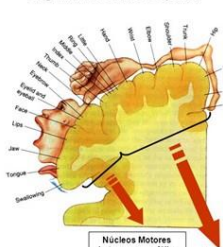
Tarulli (2021); Seeley et al. (2003)



Colheita de Dados



Córtex motor primário
Giro pré-central
Origem da via córtico-espinal



Lesão confluenta do núcleo lenticular, braço anterior da cápsula interna, corpo do caudado e coroa radiária adjacente

D1 - Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade. [Inclui todas as unidades de competência]
D2 - Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.
D2.2 - Suporta a prática clínica em evidência científica.

3

Tarulli (2021); Seeley et al. (2003)



Colheita de Dados

Internada na U-AVC



Identificação

- Nome – M. C. L.
- Sexo feminino
- Idade – 64 anos
- Raça - caucasiana
- Agregado familiar – a doente mais o marido
- Profissão – Administrativa nas Finanças



Antecedentes Pessoais de Saúde

- Hipertensão arterial
- Dislipidemia
- Síndrome depressiva
- Ex-fumadora até 11 anos (20 UMA)
- Osteoporose



Medicação Habitual

- Enalapril 20mg
- Atorvastatina/ezetimibe 40/10mg
- Venlafaxina 150mg
- Zolpidem 10mg em SOS
- Mirtazapina 15 mg
- Carbonato de cálcio/Colecalciferol, 1500 mg/400 U.I



História de Doença Familiar

- Desconhece antecedentes familiares revelantes

A2 - Garante práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. [Inclui todas as unidades de competência]
B3 - Garante um ambiente terapêutico e seguro.
B3.1 - Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo.

4

Colheita de Dados

Exames Complementares de Diagnóstico

- ECG – Ritmo sinusal
- Rx torax
- Pesquisa de Sars-Cov-2 - ND
- Análises laboratoriais
 - Colesterol total 360 mg/dl
 - LDL 280 mg/dl
- Iniciar antiagregação à noite
- Turno da tarde - Agravamento dos défices motores

17/01/2022 – Estudo do AVC

- Ecodoppler transcraniano
 - Estenose pouco significativa (<50%) na transição P1-P2 na artéria cerebral posterior esquerda.
- Ecodoppler vasos do pescoço
 - Sem alterações morfológicas e/ou hemodinâmicas significativas
- Ecocardiograma transtorácico
 - Ventriculo Esquerdo não dilatado, sem hipertrofia das paredes. Função sistólica global normal (Fej 63%), sem alterações da cinética segmentar.

TAC CE de controlo das 24h - hipodensidade localizada ao nível do núcleo lenticular esquerdo, com extensão ao braço anterior da cápsula interna e corpo caudado ipsilaterais. Sem sinais de hemorragia aguda.

7

Colheita de Dados

Exames Complementares de Diagnóstico

- ECG – Ritmo sinusal
- Rx torax
- Pesquisa de Sars-Cov-2 - ND
- Análises laboratoriais
 - Colesterol total 360 mg/dl
 - LDL 280 mg/dl
- Iniciar antiagreg
- Turno da tarde - contração musc



17/01/2022 – Estudo do AVC

- **Ecodoppler transcraniano**
 - Estenose pouco significativa (<50%) na transição P1-P2 na artéria cerebral posterior esquerda.
- **Ecodoppler vasos do pescoço**
 - Sem alterações morfológicas e/ou hemodinâmicas significativas
- **Ecocardiograma transtorácico**
 - Ventriculo Esquerdo não dilatado, sem hipertrofia das paredes. Função sistólica global normal (Fej 63%), sem alterações da cinética segmentar.

TAC CE de controle das 24h - hipodensidade localizada ao nível do núcleo lenticular esquerdo, com extensão ao braço anterior da cápsula interna e corpo caudado ipsilaterais. Sem sinais de hemorragia aguda.

7

Avaliação Inicial

Realizada a dia 16/01/2022 – Turno da Tarde

Sinais vitais

(Monitorização contínua – valores início do turno)

Pressão arterial	133/73 mmHg
Frequência cardíaca	91 bpm
Saturações de periféricas de O2	97% em ar ambiente
Temperatura	36°C
Dor (Escala numérica da dor)	0

Avaliação da função respiratória

AVALIAÇÃO SUBJETIVA	
Tosse, expectoração ou toracalgias	
Ausência de tosse, expectoração ou toracalgias	
Dispneia – Escala de Borg	
Sem dispneia – zero na escala de Borg.	
AVALIAÇÃO OBJETIVA	
Auscultação Pulmonar	
Murmúrio vesical	Mantido
Ruído adventício	Ausência de sibilos, broncoespasmo, roncos ou ferveores
Inspeção do tórax	
Estática	Tórax normal, sem abaulamentos ou retrações
Dinâmica	Eupneica, com respiração regular, de predomínio torácica, superficial e simétrica
Rx tórax – Admissão	
Radiografia em incidência ântero-posterior (doente em decúbito dorsal - maior ampliação da silhueta cardíaca e diafragma elevado), centrada, pouco inspirada. Excesso de penetração (observação corpos vertebrais para além da sombra cardíaca). Apresenta uma hipotransparência parahilar direita que poderá corresponder a um espessamento esofágico/adenopatia hilar, com alargamento do mediastino.	

10

Avaliação Inicial

Realizada a dia 16/01/2022 - Turno da Tarde

Avaliação da função respiratória



avaliação
numérica da
dor)

0

AVALIAÇÃO SUBJETIVA

Tosse, expectoração ou toracalgias

tosse, expectoração ou toracalgias

Dispneia - Escala de Borg

zero na escala de Borg.

AVALIAÇÃO OBJETIVA

Auscultação Pulmonar

Mantido

Ausência de sibilos, broncoespasmo, roncos ou ferveores

Inspeção do tórax

Tórax normal, sem abaulamentos ou retrações

Eupneica, com respiração regular, de predomínio torácica, superficial e simétrica

Rx tórax - Admissão



Radiografia em incidência ântero-posterior (doente em decúbito dorsal - maior ampliação da silhueta cardíaca e diafragma elevado), centrada, pouco inspirada. Excesso de penetração (observação corpos vertebrais para além da sombra cardíaca). Apresenta uma hipotransparência parahilar direita que poderá corresponder a um espessamento esofágico/adenopatia hilar, com alargamento do mediastino.

Avaliação Inicial

Realizada a dia 16/01/2022 - Turno da tarde

Avaliação Neurológica

Estado de consciência e orientação	Vigil, orientada na pessoa (verbaliza corretamente o nome completo, idade e data de nascimento), no espaço (refere o nome do hospital e cidade), e tempo (sabe ano e mês)
Memória	Sem aparentes alterações
Atenção	Sem défices de atenção. Lesão do hemisfério esquerdo, atenção mantida pelo hemisfério direito.
Comportamento	Calma e colaborante
Linguagem	Discurso pouco fluente com pausas anômicas frequentes. Disartria moderada, maioritariamente perceptível. Nomeia 5/5. Repete com erros ligeiros. Compreende ordens simples (abrir/fechar olhos e abrir/fechar mãos) e complexas (tocar com a mão esquerda na orelha direita).

Avaliação Inicial

Realizada a dia 16/01/2022 - Turno da tarde

Avaliação Neurológica

Tónus muscular	<i>Escala de Ashworth modificada</i>	Score 0 - sem alteração
Força muscular	<i>Escala Medical Research Council</i>	Hemicorpo esquerdo - sem alterações em todos os segmentos (FM 5/5) Hemicorpo direito → Início do turno da tarde - FM 2/5 (movimentos no plano) em todos os segmento → Agravamento dos défices motores - FM 1/5 (contração muscular) em todos os segmentos
Sensibilidade	Testada sensibilidade superficial (tátil e dolorosa) - sem alterações da sensibilidade em todos os segmentos.	

13

Avaliação Inicial

Realizada a dia 16/01/2022 - Turno da tarde

Avaliação Neurológica

Equilíbrio	<i>Equilíbrio de Berg</i>	Realizada nas primeiras 24h após AVC, ainda não realizou levante. Score de 0 - não tendo sido avaliado equilíbrio sentado nem em posição ortostática.
Marcha	Não foi avaliada a marcha.	
Coordenação	Sem alterações na realização da prova dedo-nariz e calcanhar-jelho; Não realizou levante para avaliar ataxia da marcha; Sem tremor intencional	

14

Avaliação Inicial

Realizada a dia 16/01/2022 - Turno da tarde

Avaliação Neurológica

Pares Cranianos	
I – Olfativo	• Sem alterações
II – Ótico	• Sem defeitos campimétricos, testado por confrontação e reflexo de ameaça
III – Motor ocular comum	• Pupilas anisocóricas OE 5mm < OD 7mm e isoreativas
IV – Patético	• Sem oftalmoparesias
VI – Motor Ocular Externo	• Sem ptose palpebral
V – Trigêmio	• Sem alteração da sensibilidade da face nas três divisões • <i>Músculos da mastigação sem alteração da força. Apresentam alteração assimetria nos movimentos associada à paresia facial central</i> ○ Fechar/abrir a mandíbula ○ Protrair/retrair a mandíbula ○ Lateralização da mandíbula ○ Elevação do osso hioide
VII – Facial	• Paresia facial central com apagamento do sulco nasogeneano direito • Não foi avaliado paladar para 2/3 anteriores da língua
VIII – Estato-Acústico	• Sem alterações da acuidade auditiva

14

Avaliação Inicial

Realizada a dia 16/01/2022 - Turno da tarde

Avaliação Neurológica

Pares Cranianos	
IX – Glossofaringeo X – Vago	• Não foi avaliado paladar para 1/3 posterior da língua • <i>Hipotonía do véu do palato com elevação assimétrica</i> • <i>Úvula hipotónica</i> • <i>Reflexo faríngeo ausente</i> • <i>Reflexo velopalatino (de vômito) diminuído à direita</i> • <i>Sem alteração da qualidade da voz</i> • <i>Anteriorização do osso hioide</i>
XI – Espinhal	• Com diminuição da força na elevação do ombro direito e à resistência da inclinação da cabeça
XII – Hipoglosso	• <i>Desvio da língua para a direita à protusão</i> • <i>Elevação assimétrica da base da língua</i>

14

Avaliação Inicial

Realizada a dia 16/01/2022 - Turno da tarde

Avaliação da Deglutição

→ Detalhada no Plano de Cuidados

Avaliação dos tegumentos

→ Sem alterações

Estado nutricional

Peso	58 Kg
Altura	1,52 m
IMC	25,2 - Pré-obesidade

- Alimentado por sonda nasogástrica
- Nutrição entérica normocalórica a 84 ml/h
- Pausa noturna
- Hidratado por bôlus
- Normoglicêmica

Avaliação Risco de Queda

→ Escala de Risco de Queda de Morse
→ **Score 35 - Baixo risco**

Avaliação Risco de Úlcera por Pressão

→ Escala de Braden
→ **Score 16 - alto risco**

16

Avaliação Inicial

Realizada a dia 16/01/2022 - Turno da tarde

Avaliação das Atividades de Vida Diária Índice de Barthel

Score de 15



Dependência severa

Autocuidado avaliado	Avaliação	
Alimentação	Dependente	0
Transferência	Dependente (ainda não realizou 1º levante)	0
Toailete	Dependente	0
Utilização do WC	Dependente	0
Banho	Dependente	0
Mobilidade	Imóvel	0
Subir e descer escadas	Dependente	0
Vestir	Com ajuda	5
Controlo intestinal	Controla perfeitamente, sem acidentes	10
Controlo urinário	Incontinente	0
Score		15

17

Avaliação Inicial

Realizada a dia 16/01/2022 - Turno da tarde

Requisitos de autocuidado universais
De Dorothea Orem

Requisito de autocuidado	Padrão habitual de autocuidado	Défi ce de autocuidado	Sistema de Enfermagem
Manutenção da respiração suficiente	<i>Sem alterações do padrão respiratório</i>	-	-
Manutenção de ingestão suficiente de alimentos	<i>Sem alteração da deglutição prévia ao AVC, com IMC com pré-obesidade.</i>	Alimentação entérica artificial por SNG devia a alteração da deglutição.	Sistema totalmente compensatório
Promoção dos cuidados associados com a eliminação	<i>Refere episódios esporádicos de incontinência urinária de esforço</i>	Com episódios de micção na arrastadeira e outras na fralda	Sistema totalmente compensatório
A manutenção do equilíbrio entre a atividade e o descanso	<i>Padrão sono-vigília mantido, com recurso antidepressivos e hipnóticos</i>	Padrão sono-vigília mantido, com recurso antidepressivos e hipnóticos	Sistema parcialmente compensatório
A manutenção do equilíbrio entre a solidão e a interação social	<i>Interação com família e amigos próximos</i>	Internada em unidade, mantém visita de filha, sem acesso a telemóvel. Alteração da linguagem (disartria) dificulta interação	Sistema parcialmente compensatório
A prevenção dos riscos para a vida humana, para o funcionamento humano e para o bem-estar humano	<i>Sem riscos</i>	Baixo risco de queda segundo escala de Morse antes de levantar e alto risco de queda após levantar. Alto risco de UP. Risco de infeção associado a CVP.	Sistema totalmente compensatório
A 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	<i>Previamente autónomo em todas as atividades de vida diária</i>	Dependência severa segundo o índice de Barthel	Sistema totalmente compensatório

18

Orem (2001)



Plano de Cuidados

DIAGNÓSTICOS

12º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de especialização em Enfermagem de Reabilitação

Opção II - Projeto

Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com alteração da deglutição

Vanessa Beatriz Oliveira Santos

1 Comunicação comprometida 16/01/2022

2 Deglutição comprometida 16/01/2022

3 Parésia facial central direita e Parésia do hemicorpo direito 16/01/2022

4 Equilíbrio corporal comprometido 18/01/2022

5 Auto controlo Continência urinária ineficaz 16/01/2022

A1.1 - Demonstra uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas.

C1.1 Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão.

C2 - Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados. [Inclui todas as unidades de competência]

19



Plano de Cuidados

Avaliação/Monitorização da Deglutição

2 Deglutição comprometida

Avaliar indiretamente a deglutição (duas vezes turno)



Avaliar diretamente a deglutição – só realizada se avaliação indireta sem alterações

Monitorizar deglutição (Escala de Guss)



D1 - Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade. [Inclui todas as unidades de competência]
 D2 - Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.
 D2.2 - Suporta a prática clínica em evidência científica.
 B1.1 - Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade.
 B2.1 - Avalia a qualidade das práticas clínicas.
 B2.2 - Planeja programas de melhoria contínua.
 J1.1 - Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidade
 J3.2 - Avalia e reformula programas de treino motor, cardíaco e respiratório em função dos resultados esperados.

Braga (2016); Branco & Portinha (2017); Moreira et al. In Ribeiro (2021)



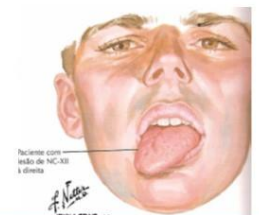
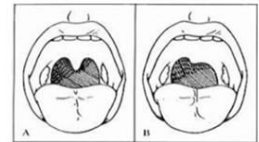
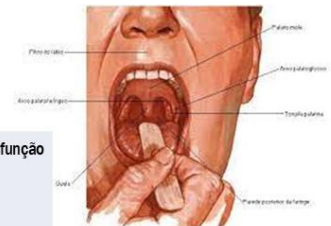
Plano de Cuidados



Avaliação Indireta da Deglutição

Realizada 2 vezes turno

- Cumpre ordens, tem postura e controlo da cabeça, apresenta reflexo de tosse, avaliação da função respiratória sem alterações, com peças dentárias mantidas.
- Avaliação dos Pares Cranianos envolvidos no processo de deglutição
 - V – Músculos da mastigação sem alteração da força
 - IX e X – Hipotonia do véu do palato com elevação assimétrica, Úvula hipotônica, Reflexo faríngeo ausente, Reflexo velopalatino (de vômito) diminuído à direita, Sem alteração da qualidade da voz
 - XII - Desvio da língua para a direita à protusão, Elevação assimétrica da base da língua
- Sinais de alerta presentes:
 - Paresia facial do andar inferior, disartria, estase salivar



Braga (2016); Branco & Portinha (2017); Moreira et al. In Ribeiro (2021)



Plano de Cuidados



Monitorização da Deglutição (Escala de Guss)

G U S S

(Gugging Swallowing Screen)

Name: _____
Date: _____
Time: _____

1. Preliminary Investigation /Indirect Swallowing Test

	YES	NO
Vigilance (The patient must be alert for at least for 15 minutes)	1 ☐	0 ☐
Cough and/or throat clearing (voluntary cough) (Patient should cough or clear his or her throat twice)	1 ☐	0 ☐
Saliva Swallow:		
• Swallowing successful	1 ☐	0 ☐
• Drooling	0 ☐	1 ☐
• Voice change (hoarse, gurgly, coated, weak)	0 ☐	1 ☐
SUM:	(5)	
	1 - 4= Investigate further* 5= Continue with part 2	

Vigilância (mantem-se vígil mais de 15 min) 1 - Sim | 0 - Não

Tosse eficaz 1 - Sim | 0 - Não

Deglute saliva

- ☐ Deglute com sucesso 1 - Sim | 0 - Não
- ☐ Perda de saliva 0 - Sim | 1 - Não
- ☐ Alteração da voz 0 - Sim | 1 - Não

Pontuação de 1 e 4 - não avançar para a avaliação direta
Pontuação igual a 5 - iniciar a avaliação direta

23

Plano de Cuidados



Monitorização da Deglutição (Escala de Guss)

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

In the following order:	1 →	2 →	3 →
	SEMISOLID*	LIQUID**	SOLID ***
DECLUTITION:			
• Swallowing not possible	0 ☐	0 ☐	0 ☐
• Swallowing delayed (≥ 2 sec.) (Solid textures ≥ 10 sec.)	1 ☐	1 ☐	1 ☐
• Swallowing successful	2 ☐	2 ☐	2 ☐
COUGH (involuntary): (before, during or after swallowing - until 3 minutes later)			
• Yes	0 ☐	0 ☐	0 ☐
• No	1 ☐	1 ☐	1 ☐
DROOLING:			
• Yes	0 ☐	0 ☐	0 ☐
• No	1 ☐	1 ☐	1 ☐
VOICE CHANGE: (listen to the voice before and after swallowing - Patient should speak „O“)			
• Yes	0 ☐	0 ☐	0 ☐
• No	1 ☐	1 ☐	1 ☐
SUM:	(5)	(5)	(5)
	1-4= Investigate further* 5= Continue Liquid	1-4= Investigate further* 5= Continue Solid	1-4= Investigate further* 5= Normal
SUM: (Indirect Swallowing Test AND Direct Swallowing Test)	----- (20)		

Condições de segurança mantidas



24

Plano de Cuidados

Reeducação da Deglutição

2 Deglutição comprometida

Avaliar conhecimento para promover a deglutição

Ensinar, instruir e treinar sobre exercícios de **reeducação da deglutição** – fortalecimento muscular dos lábios, língua, bochechas, mandíbula, palato mole, mobilidade laríngea e controlo do bolo alimentar

Ensinar, instruir e treinar sobre **técnica postural associada a mudança voluntária da deglutição** – flexão cervical associada a deglutição forçada e rotação cervical para o lado afetado associada a deglutição forçada

Estimular/Incentivar deglutição

Ensinar, instruir e treinar tosse voluntária

Dar dispositivo auxiliar [espelho]

Providenciar material educativo – caderno de exercícios existente no serviço e folheto criado para EC anterior

B1.1 - Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade.

B2.1 - Avalia a qualidade das práticas clínicas.

B2.2 - Planeia programas de melhoria contínua.

D2.2 - Suporta a prática clínica em evidência científica.

J1 - Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.

J3 - Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa. [Inclui todas as unidades de competência]



20

Braga (2016); Branco & Portinha (2017); Moreira et al. In Ribeiro (2021)

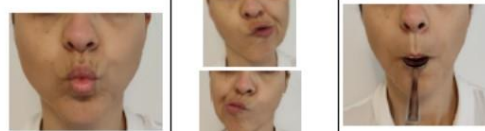


Plano de Cuidados



Reeducação da Deglutição

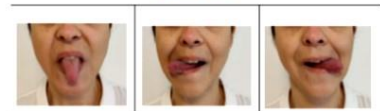
Dos Lábios



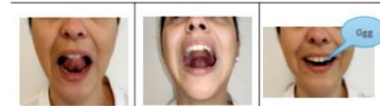
Manter 2 segundos em cada posição e depois relaxar

Fortalecimento muscular dos lábios, língua, bochechas, mandíbula, palato mole, mobilidade laríngea e controlo do bolo alimentar

Da Língua



Manter 2 segundos em cada posição e depois relaxar (Repetir __ vezes)



Manter 2 segundos em cada posição e depois relaxar (Repetir __ vezes)

23

Braga (2016); Branco & Portinha (2017); Moreira et al. In Ribeiro (2021)



Plano de Cuidados



Reeducação da Deglutição

Das Bochechas

Enche de ar a bochecha esquerda	Enche de ar a bochecha direita	Enche de ar as bochechas e apertar com as mãos
Manter 2 segundos em cada posição e depois relaxar (Repetir ___ vezes)		

Do Maxilar Inferior

Abrir a boca ao máximo	Mover o maxilar ao máximo para direita e esquerda	Realizar movimentos circulares
Manter 2 segundos em cada posição e depois relaxar (Repetir ___ vezes)		

Fortalecimento muscular dos lábios, língua, bochechas, mandíbula, palato mole, mobilidade laríngea e controlo do bolo alimentar

23

Braga (2016); Branco & Portinha (2017); Moreira et al. In Ribeiro (2021)

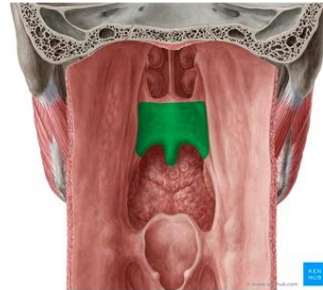
Plano de Cuidados



Reeducação da Deglutição

Produzir o som "a"

Bocejar



Fortalecimento muscular dos lábios, língua, bochechas, mandíbula, palato mole, mobilidade laríngea e controlo do bolo alimentar

23

Braga (2016); Branco & Portinha (2017); Moreira et al. In Ribeiro (2021)

Plano de Cuidados



Reeducação da Deglutição

Manobra de Mandelson

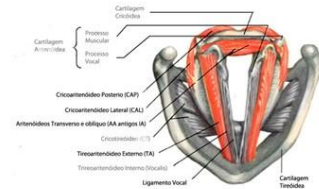
Ensinar a pessoa a colocar a mão na laringe e senti-la quando deglute. Quando a laringe atinge a posição máxima de elevação, a pessoa segura-a nessa posição (3 segundos) e deglute nesse momento, deixando-a voltar ao normal no final.



Voz de falsete

Abrir e fechar a boca como estando a bocejar e depois realizar voz de falsete

Fortalecimento muscular dos lábios, língua, bochechas, mandíbula, palato mole, mobilidade laríngea e controlo do bolo alimentar



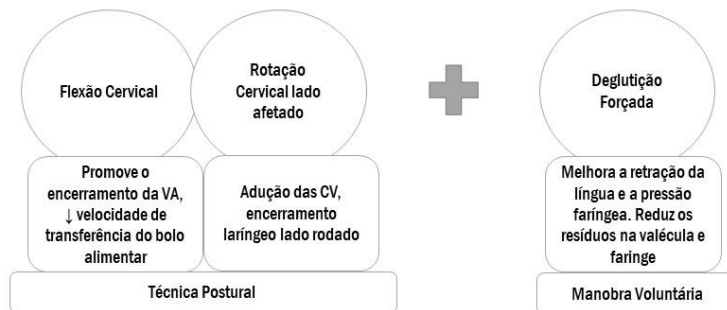
23

Braga (2016); Branco & Portinha (2017); Moreira et al. In Ribeiro (2021)

Plano de Cuidados



Reeducação da Deglutição

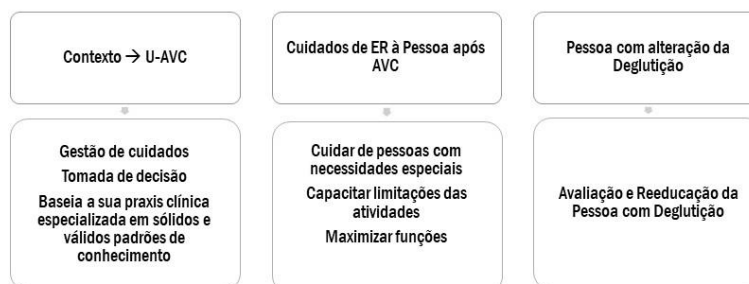


Técnica postural associada a mudança voluntária da deglutição

23

Braga (2016); Branco & Portinha (2017); Moreira et al. In Ribeiro (2021)

Considerações Finais



Referências bibliográficas

- Braga, R. (2016). Reeducação da Deglutição. In Cuidados de Reabilitação de Enfermagem à Pessoa ao Longo da Vida (pp. 263–270). Loures: Lusodidata.
- Branco, C., & Portinha, S. (2017). Disfagia no Adulto - da teoria à prática (1ª edição). Lisboa: Papa-Letras.
- Chibante, E. & Pereira, L. (2021). Doenças Neurológicas Degenerativas: Cuidados de Enfermagem ao Longo do seu Percurso. In Marques-Vieira, C., Sousa, L. & Baixinho, C. (Coord), *Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Doença Aguda* (pp. 101-122). Lisboa: Sabooks
- Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. (2018). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação. Retrieved from <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8141/ponto-4-regulamento-dos-padrões-qualidade-ceer.pdf>
- Cordeiro, Maria & Menoita, Elsa. (2012) Manual de boas práticas na reabilitação respiratória: conceitos, princípios e técnicas. Loures: Lusociência, XX, 380 p.. ISBN 978-972-8930-86-8
- Cruz, A. et al. (2021). A Pessoa com Doença Musculo Esquelética. In Marques-Vieira, C., Sousa, L. & Baixinho, C. (Coord), *Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Doença Aguda* (pp. 761-786). Lisboa: Sabooks
- Direção-Geral da Saúde. Portugal Doenças Cérebro-Cardiovasculares em Números, 2015. DGS, 2016.
- Direção-Geral da Saúde. Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Adulto. Norma no 015/2017 de 13/07/2017
- Gomes, C., Marques-Vieira, C. & Braga, R. (2021). A Pessoa com Doença Cerebrovascular. In Marques-Vieira, C., Sousa, L. & Baixinho, C. (Coord), *Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Doença Aguda* (pp. 101-122). Lisboa: Sabooks
- Moreira et al (2021). Programa Para a reeducação da função alimentação In Ribeiro, Olga - Enfermagem de reabilitação: conceções e práticas. Lisboa: Lidel, cop. 2021. XXXI, 719 p.. ISBN 978-989-752-723-4
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Padrão documental nos cuidados de enfermagem de reabilitação, 60.
- Ordem dos Enfermeiros. (2016). Instrumentos de Recolha de Dados para a Documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação, 1–66. Retrieved from https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/coleções/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n.º 392/2019 - Regulamento das Competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. *Diário da República, 2ª Série - n.º 85 - 3 de Maio de 2019*, 13565–13568. Retrieved from <https://dre.pt/home/-/dre/122216893/details/maximized>
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of Practice*. (6ª ed). St. Louis: Mosby.
- Tarulli, A. (2021). *Neurology: A Clinician's Approach*. (Thirsd Edi).

Obrigado!



Estudo de Caso U-AVC

UC Estágio com Relatório

Elaborado por:
Vanessa Santos

Orientador:
Professora Doutora Vanda Marques Pinto

Coorientador:
Professor Ricardo Braga

ANEXOS

ANEXO 1 – Gugging Swallowing Screen

G U S S

(Gugging Swallowing Screen)

Name: _____
Date: _____
Time: _____

1. Preliminary Investigation / Indirect Swallowing Test

	YES	NO
Vigilance (<i>The patient must be alert for at least for 15 minutes</i>)	1 ☐	0 ☐
Cough and/or throat clearing (<i>voluntary cough</i>) (<i>Patient should cough or clear his or her throat twice</i>)	1 ☐	0 ☐
Saliva Swallow:		
• Swallowing successful	1 ☐	0 ☐
• Drooling	0 ☐	1 ☐
• Voice change (hoarse, gurgly, coated, weak)	0 ☐	1 ☐
SUM:	(5)	
	1 - 4= Investigate further ¹ 5= Continue with part 2	

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

<i>In the following order:</i>	1 →	2 →	3 →
	SEMISOLID*	LIQUID**	SOLID ***
DEGLUTITION:			
▪ Swallowing not possible	0 ☐	0 ☐	0 ☐
▪ Swallowing delayed (> 2 sec.) (Solid textures > 10 sec.)	1 ☐	1 ☐	1 ☐
▪ Swallowing successful	2 ☐	2 ☐	2 ☐
COUGH (involuntary): (<i>before, during or after swallowing – until 3 minutes later</i>)			
▪ Yes	0 ☐	0 ☐	0 ☐
▪ No	1 ☐	1 ☐	1 ☐
DROOLING:			
▪ Yes	0 ☐	0 ☐	0 ☐
▪ No	1 ☐	1 ☐	1 ☐
VOICE CHANGE: (<i>listen to the voice before and after swallowing - Patient should speak „O“</i>)			
▪ Yes	0 ☐	0 ☐	0 ☐
▪ No	1 ☐	1 ☐	1 ☐
SUM:	(5)	(5)	(5)
	1 - 4= Investigate further ¹ 5= Continue Liquid	1 - 4= Investigate further ¹ 5= Continue Solid	1 - 4= Investigate further ¹ 5= Normal
SUM: (Indirect Swallowing Test AND Direct Swallowing Test) _____ (20)			

*	First administer ½ up to a half teaspoon Aqua bi with food thickener (pudding-like consistency). If there are no symptoms apply 3 to 5 teaspoons. Assess after the 5 th 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
¹	Use functional investigations such as Videofluoroscopic Evaluation of Swallowing (VFES), Fiberoptic Endoscopic Evaluation of Swallowing (FEES)

GUSS

(Gugging Swallowing Screen)

GUSS - EVALUATION

RESULTS		SEVERITY CODE	RECOMMENDATIONS
20	Semisolid / liquid and solid texture successful	Slight / No Dysphagia minimal risk of aspiration	- Normal Diet - Regular Liquids (<u>First time under supervision of the SLT or a trained stroke nurse!</u>)
15-19	Semisolid and liquid texture successful and Solid unsuccessful	Slight Dysphagia with a low risk of aspiration	- Dysphagia Diet (pureed and soft food) - Liquids very slowly – one sip at a time - Functional swallowing assessments such as Fiberoptic Endoscopic Evaluation of Swallowing (FEES) or Videofluoroscopic Evaluation of Swallowing (VFES) - Refer to Speech and Language Therapist (SLT)
10-14	Semisolid swallow success successful and Liquids unsuccessful	Moderate dysphagia with a risk of aspiration	Dysphagia diet beginning with : - Semisolid textures such as baby food and additional parenteral feeding. - All liquids must be thickened! - Pills must be crushed and mixed with thick liquid. - No liquid medication! - Further functional swallowing assessments (FEES, VFES) - Refer to Speech and Language Therapist (SLT) <i>Supplementation with nasogastric tube or parenteral</i>
0-9	Preliminary investigation unsuccessful or Semisolid swallow unsuccessful	Severe dysphagia with a high risk of aspiration	- NPO (non per os = nothing by mouth) - Further functional swallowing assessment (FEES, VFES) - Refer to Speech and Language Therapist (SLT) <i>Supplementation with nasogastric tube or parenteral</i>

Retirado de: Trapl, M., Enderle, P., Nowotny, M., Teuschl, Y., Matz, K., Dachenhausen, A., & Brainin, M. (2007). Dysphagia bedside screening for acute-stroke patients: The gugging swallowing screen. *Stroke*, 38(11), 2948–2952.
<https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.107.483933>

ANEXO 2 – FOTOGRAFIAS MATERIAIS DA U-AVC



**ANEXO 3 – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO WEBINAR DA OE “A
ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA DEGLUTIÇÃO
COMPROMETIDA”**



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

VANESSA BEATRIZ OLIVEIRA SANTOS

membro nº 78689 desta Ordem, esteve presente no ciclo de webinars
“Reabinar da Comissão Regional de Peritos Enfermagem Reabilitação”
subordinado à temática “A Enfermagem de Reabilitação na deglutição
comprometida” no dia 22 de Março de 2022, com duração total de 3
horas na Plataforma Digital Cisco Webex Events.

Porto, 22 de Março de 2022.

O Presidente do Conselho Directivo Regional

João Paulo Marques de Carvalho

Esta actividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui 0,40 Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Creditação de Actividades Formativas.