

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de
Reabilitação ao doente crítico com compromisso da deglutição

Intervention by a Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing for a
critically ill with swallowing disorder

Autor

Susana Martins Figueiredo

Oliveira de Azeméis, 2025

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Intervenção do Enfermeiro Especialista em
Enfermagem de Reabilitação ao doente crítico
com compromisso da deglutição

Intervention by a Specialist Nurse in
Rehabilitation Nursing for a critically ill with
swallowing disorder

Orientador(es)

Paulo Manuel Dias da Silva Azevedo

Autor

Susana Martins Figueiredo

Oliveira de Azeméis, 2025

FRASE OU PENSAMENTO

“Onde quer que vás, leva as tuas esperanças, pega nos teus sonhos e nunca te esqueças – é na viagem que a descoberta acontece.”

Kobi Yamada, 2021

AGRADECIMENTO

Na nossa vida há várias pessoas que nos inspiram a sermos mais e melhor. Tive a feliz sorte de encontrar, em todo o meu percurso académico, pessoas incríveis e profissionais de excelência que me deram um pouco de si e levaram um pouco de mim. Não faria sentido se assim não fosse, a vida é mesmo isto, uma partilha constante.

Começo por agradecer aos três amores da minha vida: Leonor, Tiago e Wendy. Leonor, minha filha, a minha inspiração diária do mais puro e genuíno amor. Tiago, meu querido marido, amigo e colega de profissão por todo o amor, apoio, resiliência e presença constantes. E Wendy, a minha fiel companheira de quatro patas, a cadela mais bonita do mundo, que me enche de carinho e amor nos mais pequenos gestos.

Aos meus pais que me apoiam uma vida inteira e a quem devo o privilégio de hoje ser enfermeira.

Agradecer, com um cunho especial, ao meu orientador, professor doutor Paulo Azevedo pelo profissionalismo, empenho e a dedicação que proporcionou nesta jornada. A todos os meus tutores de mestrado: Ana Paula, Carina, Fátima, Joel e Hugo, que tanto me ensinaram e ajudaram a conquistar. E também a todos os profissionais, doentes e famílias que me permitiram desenvolver competências no âmbito da Enfermagem de Reabilitação.

Termino a agradecer aos meus amigos, igualmente importantes, Daniela Tojal, José Mateus, Isabel Oliveira e Rita Gonçalves, todos eles verdadeiramente importantes para mim. E à Mónica Saraiva, amiga e colega de serviço que partilhou este percurso comigo, com muita esperança. Grata por tudo!

RESUMO

Introdução: A deglutição comprometida pós-extubação apresenta elevada incidência em doentes internados em Unidade de Cuidados Intensivos, com impacto negativo na sua funcionalidade. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação tem um papel determinante na identificação precoce e intervenção direcionada, promovendo a segurança na deglutição, prevenindo complicações associadas e contribuindo para promoção da funcionalidade e autonomia do doente crítico.

Objetivos: Explanar o desenvolvimento de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, ao longo dos ensinamentos clínicos, nos diferentes contextos; e aprofundar conhecimentos e competências na intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação ao doente crítico com compromisso da deglutição.

Metodologia: Trata-se de um relatório com metodologia descritiva e crítico-reflexiva, baseado na evidência científica mais atual. Este engloba a análise aos contextos de estágio e a descrição do desenvolvimento das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, bem como dois estudos de caso no âmbito dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação ao doente crítico com compromisso da deglutição, com recurso à plataforma E4nursing.

Resultados: Os achados na literatura sugerem que a deteção atempada da deglutição comprometida e a intervenção adequada são cruciais para prevenir complicações graves. Os dois estudos de caso apresentados ilustram de forma concreta o papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na identificação precoce e no acompanhamento do doente com deglutição comprometida em contexto de cuidados intensivos.

Conclusão: Neste relatório documentamos a consolidação das competências comuns do enfermeiro especialista e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de reabilitação, ao longo do percurso académico. Concluimos, no âmbito da intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação no doente crítico com deglutição comprometida que é necessária a implementação de práticas padronizadas, baseadas em evidência científica, para uma gestão eficaz desta condição.

Palavras-chave: cuidados intensivos, respiração artificial, traqueostomia, perturbações da deglutição, enfermagem de reabilitação

ABSTRACT

Introduction: Post-extubation swallowing disorder has a high incidence among patients admitted to Intensive Care Units, with a negative impact on their functionality. The Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing plays a crucial role in the early identification and targeted intervention, promoting safe swallowing, preventing associated complications and contributing to the enhancement of functionality and autonomy in critically ill patients.

Objectives: Describe the development of common and specific competencies of the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing throughout the clinical placements, in various contexts; and to deepen knowledge and skills regarding the intervention of the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing in critically ill patients with swallowing disorders.

Methodology: This is an academic report with a descriptive and critical-reflective methodology, based on the most current scientific evidence. It includes the analysis of the clinical training contexts and the description of the development of the common and specific competencies of the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing, as well as two case report related to Rehabilitation Nursing care in critically ill patients with swallowing disorder, using the E4nursing platform.

Resultads: The literature highlights the importance of early detection of swallowing disorder and timely intervention as crucial measures to prevent serious complications. The two case reports presented illustrate, in a concrete manner, the role of the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing in the early identification and monitoring of patients with swallowing disorder in the intensive care setting.

Conclusion: This report demonstrates the consolidation of both the common competencies of the specialist nurse and the specific competencies of the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing, developed throughout the academic journey. It is concluded that, within the scope of the specialist nurse's intervention in critically ill critically ill with swallowing disorder, the implementation of standardized practices, supported by the best scientific evidence, is essential for the effective management of this condition.

Keywords: intensive care, artificial respiration, tracheostomy, swallowing disorders, rehabilitation nursing

CHAVE DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS

AVD – Atividades de Vida Diária

CAM-ICU – Confusion Assessment Method for Intensive Care Unit

COVID-19 - Coronavirus Disease

DCPE – Deglutição comprometida pós-extubação

ECCL – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ECG – Escala de Coma de Glasgow

EE – Enfermeiro Especialista

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

EES – Esfíncter Esofágico Superior

ER – Enfermagem de Reabilitação

FEES – Fibroendoscopia da deglutição

FiO₂ – Fração inspirada de oxigénio

FITT-VP – Frequência, Intensidade, Tempo, Tipo, Volume e Progressão

FMACI – Fraqueza Muscular Adquirida nos Cuidados Intensivos

GRADE – Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation

GUSS – Gugging Swallowing Screen

GUSS-ICU – Gugging Swallowing Screen for Intensive Care Units

IDDSI – International Dysphagia Diet Standardisation Initiative

L/min – Litros por minuto

MRC – Escala de avaliação da força muscular do Medical Research Council

MRC-SS – Medical Research Council Sum Score

NIHSS – National Institutes of Health Stroke Scale

ORL – Otorrinolaringologia

PEG – Gastrostomia Endoscópica Percutânea

PFT – Pico de Fluxo da Tosse

PIM – Pressão inspiratória máxima

RASS – Richmond Agitation-Sedation Scale

RFM – Reeducação Funcional Motora

RFR – Reeducação Funcional Respiratória

RR – Reabilitação Respiratória

SDRA – Síndrome de Dificuldade Respiratória Aguda

SNG – Sonda Nasogástrica

TEDA – Teoria do Défice de Autocuidado

TMI – Treino Muscular Inspiratório

UCC – Unidade de Cuidados à Comunidade

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

ULS – Unidade Local de Saúde

VFD – Videofluoroscopia da Deglutição

VMI – Ventilação Mecânica Invasiva

ÍNDICE

FRASE OU PENSAMENTO	3
AGRADECIMENTO	5
RESUMO	7
ABSTRACT	9
CHAVE DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS	11
ÍNDICE E LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS	15
1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO	17
2. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S)	19
3. ESTUDO DE CASO 1: DOENTE COM DEGLUTIÇÃO COMPROMETIDA PÓS-EXTUBAÇÃO	27
3.1. Enquadramento teórico	27
3.2. Clientes	51
3.3. Medicação	52
3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	52
3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	52
3.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.	54
3.5. Domínios	54
3.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	54
3.6. Conceção de Cuidados	57
3.7. Especificação das intervenções	64
3.8. Síntese relativa ao caso	67
4. ESTUDO DE CASO 2: DOENTE TRAQUEOSTOMIZADO COM DEGLUTIÇÃO COMPROMETIDA ...	73
4.1. Enquadramento teórico	73
4.2. Clientes	80
4.3. Medicação	80
4.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	80
4.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	81
4.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.	82
4.5. Domínios	82
4.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	83
4.6. Conceção de Cuidados	86
4.7. Especificação das intervenções	94
4.8. Síntese relativa ao caso	96
5. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	103
6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO	121
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	123

ÍNDICE E LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS

Tabela 1 - Técnicas posturais utilizadas na reeducação da deglutição

Tabela 2 - Manobras compensatórias da deglutição utilizadas na reeducação da deglutição

Tabela 3 - Exercícios de amplitude e fortalecimento muscular na reeducação da deglutição

Tabela 4 - Plano de RFR implementado à doente do estudo de caso 1

Tabela 5 - Avaliação da MRC-SS da doente do estudo de caso 1

Tabela 6 - Plano de RFR implementado ao doente do estudo de caso 2

Tabela 7 - Avaliação da MRC-SS do doente do estudo de caso 2

1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO

À luz do conhecimento científico atual sabe-se que, anualmente, em todo o mundo, milhões de pessoas têm alta hospitalar após ultrapassarem uma situação de doença crítica. Contudo, os efeitos decorrentes dessa condição, assim como das intervenções terapêuticas realizadas nas Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), podem prolongar-se para além do período de internamento, comprometendo a recuperação e refletindo-se em limitações ao nível cognitivo e funcional (Bartolomeu & Rodrigues, 2021).

A necessidade de ventilação mecânica invasiva (VMI) representa um dos principais motivos de admissão em UCI, sendo necessária, para a sua implementação, a conceção de uma via aérea artificial, habitualmente através da intubação endotraqueal (Kempker et al., 2020). Nos doentes submetidos a VMI é comum a identificação de deglutição comprometida pós-extubação (DCPE) (McIntyre et al., 2021; Plowman et al., 2023). O estudo de Unoki et al. (2023) depreende que a DCPE, na UCI, tem uma incidência de aproximadamente 50%.

A Enfermagem de Reabilitação (ER), enquanto especialidade com um enfoque multidimensional, integra um corpo próprio de conhecimentos e práticas clínicas orientadas para a promoção da funcionalidade e da autonomia da pessoa ao longo de todo o ciclo de vida, com especial relevância durante situações de doença ou incapacidade. Através da elaboração, execução e monitorização de planos de cuidados diferenciados, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) procura minimizar as sequelas resultantes de processos patológicos, potenciando o bem-estar, a independência e a qualidade de vida da pessoa (Ordem dos Enfermeiros, 2019a). Neste contexto, o EEER dispõe de competências especializadas que lhe permitem cuidar de pessoas com necessidades complexas ao longo do ciclo vital, capacitando-as na gestão das suas limitações, promovendo a sua funcionalidade e reinserção social.

Perante o exposto, no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa, do ano letivo 2024/2025, foi realizado o presente relatório intitulado: “Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação ao doente crítico com compromisso da deglutição”. Este, juntamente com os estágios realizados, integra como componente de avaliação da unidade curricular Estágio de natureza profissional com relatório final, com o objetivo de obter as competências comuns do enfermeiro especialista (EE) e as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, com vista à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem e especialista em ER.

Para essa finalidade serão descritas neste relatório as atividades desenvolvidas ao longo dos

estágios efetuados que permitiram adquirir e desenvolver essas competências, e serão apresentados dois estudos de caso no âmbito do doente crítico com compromisso da deglutição. O objetivo geral do desenvolvimento dos estudos de caso é conceber planos de intervenção para a promoção das capacidades adaptativas no contexto do autocuidado da pessoa nos processos de transição saúde/doença e/ou incapacidade. Alinhados com este propósito, definiram-se como objetivos específicos: implementar intervenções de reabilitação à pessoa com compromisso da deglutição na transição saúde/doença, em contexto de cuidados intensivos; e capacitar a pessoa com compromisso da deglutição de forma prevenir ou mitigar as complicações associadas ao compromisso da deglutição. Estes objetivos permitem operacionalizar a intervenção do EEER, contribuindo para a melhoria da funcionalidade e qualidade de vida do doente em situação crítica.

A escolha desta temática foi motivada, por um lado, pelo que a literatura aponta, salientando a necessidade de intervenção nesta área, e, por outro, pelo facto da mestrandia exercer funções como enfermeira de cuidados gerais numa UCI, onde esta problemática se torna particularmente evidente. Neste sentido, destaca-se o documento das áreas de investigação para a especialidade de ER, emanado pela Ordem dos Enfermeiros (2023), que identifica a deglutição como uma área de intervenção prioritária, reforçando a pertinência e atualidade da temática escolhida.

A metodologia de trabalho adotada na elaboração do presente relatório é o método descritivo analítico, sustentado nos Referenciais Teóricos de Enfermagem de Afaf Meleis e Dorothea Orem e em evidência científica. Sendo que, a pesquisa bibliográfica sobre a temática foi alicerçada em livros, revistas e bases de dados científicas, diretrizes, normas da Direção Geral de Saúde, na experiência profissional, no pensamento crítico-reflexivo e na discussão com o orientador e tutores.

Estruturalmente o presente relatório encontra-se dividido em cinco partes, posteriores à introdução, que são: a caracterização dos contextos clínicos, a apresentação do estudo de caso 1 e estudo de caso 2, os contributos para o desenvolvimento das competências e, por último, a síntese final do relatório. Por sua vez, a apresentação de cada estudo de caso é subdividida em oito partes: enquadramento teórico, apresentação do doente, medicação, procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica, domínios, conceção de cuidados, especificação das intervenções e síntese relativa ao caso.

Findado este ciclo de ensino, é expectável a aquisição de competências como o domínio do conhecimento científico e da capacidade de compreensão, a aplicação do saber teórico à prática, a formulação de juízos clínicos e a tomada de decisões fundamentadas; construindo, deste modo, a base para prática de enfermagem avançada.

2. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S)

A unidade curricular estágio de natureza profissional com relatório final é constituída por um total de 810 horas, das quais 386 horas são de estágio (Diário da República, 2022). Seguindo a orientação do plano de estudos da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa as horas de estágio foram divididas em contexto respiratório, cardíaco, comunitário e em contexto de opção. Atendendo aos contextos da prática, é permitido ao estudante fazer a escolha dos locais de estágio de forma individual. Este aspeto destaca-se de extrema importância, uma vez que confere a oportunidade de definir os locais de estágio de acordo com as suas preferências. Assim, a escolha baseou-se numa reflexão pessoal tendo em consideração as áreas de interesse, os objetivos definidos, bem como as expectativas estabelecidas e as metas a atingir, tanto a nível profissional como pessoal, sabendo que os mesmos iriam impactar o crescimento do estudante, enquanto mestre e EEER.

O desenvolvimento das competências comuns e específicas do EEER está, de certa forma, condicionado pelas particularidades, condições, organização e dinâmica dos serviços elegidos. Este fator desempenha um papel fundamental no processo de aprendizagem, pelo que é relevante proceder a uma análise detalhada dos locais de estágios, bem como a dinâmica de trabalho adotada e o contexto institucional em que estes se inserem.

Estágio em contexto respiratório

O primeiro momento de estágio, em contexto respiratório, decorreu numa UCI de nível III de uma Unidade Local de Saúde (ULS) do país.

A nível de estrutura física a unidade tinha a capacidade total de 28 camas, sendo estas repartidas em duas alas distintas, uma com 16 camas e outra com 12 camas. A equipa de ER era parte integrante da equipa de Enfermagem do serviço, estando presente um EEER em cada ala, das 8h00 às 20h30, de segunda a sexta-feira. Aos fins-de-semana e feriados o horário era das 8h00 às 14h30, mantendo um EEER em cada ala. Isto leva a que, de segunda a sexta-feira, por um período de 12,5 horas/dia o serviço disponha de cuidados especializados em ER num rácio de 2 EEER para 28 doentes, sendo que aos sábados, domingos e feriados o número de horas decrescia para 6,5 horas/dia. Analisando o Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, emanado pela Ordem dos Enfermeiros, este aponta que *“no caso das unidades de cuidados intensivos de nível III, o rácio é de 12 horas de cuidados de Enfermagem de Reabilitação por cada 5 clientes, em todos os dias da semana.”* (Ordem dos Enfermeiros, 2019b, p 145).

Portanto, queremos com isto realçar a carência de recursos humanos, numa área tão singular como a ER, especificamente no contexto de doente crítico, não só pela reduzida hora de prestação de cuidados, bem como pelo não cumprimento dos rácios EEER/doente para garantir a segurança dos cuidados de ER. Contudo, e por forma a mitigar esta lacuna, os EEER planeavam os seus cuidados priorizando os doentes com maior potencial de recuperação ou os que careciam de maior investimento em tempo de prestação de cuidados de ER.

Convém mencionar que a evidência científica tem apontado que a dotação segura de enfermeiros é fundamental na qualidade dos cuidados de saúde, especialmente no contexto hospitalar (Neves, 2020). O cálculo das dotações seguras carece de um relevo importante dado o impacto que pode acarretar. Numa análise global, este irá influenciar o doente, os profissionais de saúde e, em última instância, a instituição de saúde e a estimativa de custos associada. A garantia de dotações seguras dos cuidados de Enfermagem, particularmente no que diz respeito aos EEER, permitirá alcançar benefícios na saúde dos doentes, evidenciados pela qualidade e segurança dos cuidados prestados, bem como pelo grau de satisfação dos mesmos. O que é corroborado por Neves (2020) que concluiu, no seu estudo, que a dotação de enfermagem é preditor da qualidade e segurança dos cuidados. Os enfermeiros terão um maior nível de satisfação, tanto emocional quanto profissional, com a redução da taxa de absentismo e de doenças profissionais. Para a organização, os benefícios serão observados na diminuição das taxas de mortalidade, morbilidade e reinternamento, além da redução da duração média dos períodos de internamento (Freitas, 2015).

Nesta equipa, realçar ainda, a importância da articulação de cuidados entre colegas, nomeadamente, os próprios EEER, que se articulavam, mutuamente, entre as duas alas do serviço; bem como toda a equipa multidisciplinar que integrava o serviço: enfermeiros de cuidados gerais, médicos, fisioterapeutas e terapeutas da fala. Havia, de um modo geral, um espírito de integração e flexibilidade, onde os cuidados eram geridos com a possibilidade de todos os profissionais terem a oportunidade de intervir no doente, ao longo do dia, daí a importância da permanência do EEER nas 12 horas, alargando assim o leque de oportunidades de intervenção deste profissional. Além disso, sendo o período de visitas à tarde, para o EEER era fulcral estabelecer contacto com a família do doente, muitas das vezes, aliado na prestação de cuidados e fonte de informação pertinente para delimitar e individualizar o plano de cuidados de enfermagem de reabilitação, atendendo a que, em muitos dos casos, os doentes não eram capazes de comunicar connosco, e assim a família poderia informar acerca das preferências do doente, privilegiando, deste modo, a individualização dos cuidados prestados.

Ao longo do estágio, concomitantemente com os EEER tutores, foi sentida a dificuldade e exigência, diárias, em dar resposta à necessidade premente de cuidados de ER atendendo ao escasso número de EEER, e inclusive foi feita referência da problemática ao enfermeiro gestor do serviço. Este tinha presente este aspeto, tendo tomado as devidas diligências junto ao conselho de administração da ULS, efetivando o pedido de mais EEER para integrar a equipa, de

forma a conseguir ir ao encontro do rácio para garantir dotações seguras dos cuidados de ER emanadas pela Ordem dos Enfermeiros.

Nesta unidade, um aspeto importante a realçar foi o vasto número de recursos materiais disponíveis para a prestação de cuidados de ER, sendo que vivenciamos o privilégio de poder utilizar todos eles, várias vezes, em doentes distintos. A articulação com os enfermeiros de cuidados gerais permitia, a maior parte das vezes, a intervenção de ER, após os cuidados de higiene ao doente. Tal mostrava-se vantajoso, sobretudo para a realização do levante, por exemplo, com recurso a “standing frame”, plano inclinado, grua de transferência ou outro dispositivo disponível no serviço.

Também a estrutura física do serviço tinha excelentes condições para prestar cuidados de ER. Cada doente tinha uma unidade totalmente equipada, com bastante espaço, luz natural e com televisão e rádio. Os corredores eram largos e compridos, permitindo realizar treino de marcha e havia uma porta que permitia acesso ao exterior, onde era possível ir com os doentes. Um momento no estágio a realçar, atendendo a este facto, foi a visita que um doente, internado há mais de 90 dias recebeu, do seu animal de estimação. Tratava-se de um cão que vivia com ele há vários anos. O reencontro com o seu animal de estimação acabou por impactar de forma positiva o estado emocional do doente, que nos dias subsequentes à visita esteve mais colaborante nos cuidados de enfermagem de reabilitação.

O internamento em UCI está frequentemente associado a consequências físicas, cognitivas e psicossociais que perduram para além da alta hospitalar, fenómeno amplamente reconhecido como Síndrome Pós-Internamento em Cuidados Intensivos (Sociedade Portuguesa de Medicina Intensiva, 2024). Neste contexto, a ER assume um papel central na continuidade de cuidados, promovendo a recuperação funcional e a reinserção do doente na sociedade.

Durante o internamento em UCI, os doentes podem estar condicionados a longos períodos de imobilização no leito, VMI prolongada, uso de sedação, analgesia e bloqueadores neuromusculares, estando assim em risco de desenvolver Fraqueza Muscular Adquirida nos Cuidados Intensivos (FMACI) (Matos & Félix, 2023). Esta condição compromete significativamente a mobilidade, autonomia e qualidade de vida do doente e família. Associado a isso o doente pode vivenciar alterações cognitivas, como défices de memória, atenção e raciocínio, bem como perturbações do foro psicológico, como ansiedade, depressão e stress pós-traumático (Eggmann et al., 2020). Neste sentido, os cuidados de ER devem iniciar-se precocemente, ainda durante o internamento em UCI, de forma a prevenir ou mitigar este quadro. Após a transferência para outro internamento hospitalar, e posteriormente após a alta hospitalar, é fundamental assegurar a continuidade destes cuidados, através de um plano individualizado de reabilitação que envolva a equipa multidisciplinar, o doente e a família (Sociedade Portuguesa de Medicina Intensiva, 2024).

O EEER é detentor de competências específicas para avaliar o estado funcional do doente,

estabelecer objetivos terapêuticos e implementar intervenções que promovam a recuperação da mobilidade, a autonomia nas atividades de vida diária (AVD), a adaptação às limitações e a reinserção social (Ordem dos Enfermeiros, 2019a). A intervenção do EEER é essencial para reduzir as readmissões hospitalares, melhorar os resultados clínicos e promover a qualidade de vida do doente e família. Desta forma, torna-se imperativo reconhecer a necessidade de cuidados de ER como parte integrante do processo de recuperação pós-alta da UCI, contribuindo de forma significativa para uma transição segura e eficaz entre os diferentes níveis de cuidados e para uma reabilitação holística e centrada na pessoa.

Neste contexto de estágio foi possível evidenciar esta transição de cuidados da UCI para outro serviço de internamento hospitalar. A alta de Enfermagem do doente contemplava também informação de ER, a nível do sistema informático, dando uma perspetiva de como foi a evolução do doente ao longo do internamento e qual a condição atual, bem como o plano de cuidados de ER que estava a ser implementado no momento da alta. Além disso, o EEER fazia questão, sempre que possível, de realizar um contato por chamada telefónica com o EEER do serviço para onde o doente iria, evidenciando a importância da continuidade de cuidados de ER para o doente e família.

Em determinados momentos, sobretudo em doentes com longos períodos de internamento em UCI, a alta do doente era protelada no sentido de garantir a efetividade do plano de ER. Era de conhecimento geral que a dotação de EEER era inferior na enfermaria em comparação com a realidade da UCI (Ordem dos Enfermeiros, 2019b), e esse fato era motivo de apreensão, pois é de extrema importância dar continuidade aos cuidados de ER ao doente. Importa referir que a equipa multidisciplinar vivencia estes internamentos de forma intensa, havendo um envolvimento ativo de todos, e as altas também são momento de transição para os profissionais. Deste modo, conseguimos compreender a preocupação na alta, sobretudo pela necessidade imperativa de cuidados de ER que o doente carece, uma vez que sobreviveu a um internamento em UCI e que este acarreta as suas consequências.

Estágio em contexto cardíaco

O estágio em contexto cardíaco decorreu no serviço de Cardiologia de uma ULS do país. O serviço de Cardiologia, a nível de estrutura, apresentava um internamento de 12 camas e uma unidade de cuidados intensivos coronários com 5 camas.

O EEER desempenhava as suas funções de segunda a sexta-feira, das 8h30 às 15h30. Neste serviço, o EEER não é parte integrante da equipa de Cardiologia, pela existência, na ULS, de um serviço de ER, sendo que, pode ir alternando, mensalmente, o EEER que irá prestar cuidados no serviço. Neste modelo de equipa, os EEER são distribuídos pelos vários serviços hospitalares obedecendo a um plano de rotatividade mensal elaborado pelo enfermeiro gestor da equipa de

ER. Tal imergiu da necessidade de gerir os recursos de EEER mediante as prescrições médicas. Isto dá-se, também, porque os EEER apenas implementam um plano de reabilitação se o médico responsável pelo doente prescrever, no programa informático a uso, a atitude terapêutica: “Reabilitação Funcional”. Assim, no serviço de Cardiologia o trabalho do EEER estava definido pela prescrição médica dessa atitude terapêutica. Isto levava a que, em alguns momentos, houve doentes internados com necessidade de cuidados de reabilitação e não tinham essa prescrição. Atendendo a isso, o EEER que estava no turno, após uma análise de todo os doentes internados e de fazer a avaliação dos mesmos, comunicava à equipa médica que, posteriormente, ajustava a prescrição de reabilitação funcional se assim fosse necessário. Aqui levanta-se uma questão pertinente, tendo por base o regulamento de competências específicas do EEER, onde define o EEER como autónomo na avaliação da necessidade de intervenção especializada:

Identifica as necessidades de intervenção especializada no domínio da enfermagem de reabilitação em pessoas, de todas as idades, que estão impossibilitadas de executar atividades básicas, de forma independente, em resultado da sua condição de saúde, deficiência, limitação da atividade e restrição de participação, de natureza permanente ou temporária (Ordem dos Enfermeiros, 2019a, p. 13566).

Portanto, esta dinâmica de cuidados permite-nos refletir sobre duas questões pragmáticas: o EEER não é parte integrante do serviço onde vai prestar os cuidados e o EEER vê-se privado da sua autonomia, sendo o médico a avaliar a necessidade do doente em termos de cuidados especializados em ER. Deste modo, podemos correlacionar as duas problemáticas. O facto do EEER não ser parte integrante da equipa do serviço leva a que não tenha um conhecimento profundo dos doentes internados, bem como dos diversos elementos da equipa multidisciplinar do serviço. Aliado a isso, o EEER chega ao serviço após o término da passagem de turno dos enfermeiros de cuidados gerais, momento crucial para partilha de informações relevantes acerca dos doentes. Tudo isto impacta os cuidados do EEER. Podemos ter encontrado o hiato que nos leva a questionar a funcionalidade desta dinâmica de cuidados, e refletir a efetividade dos ganhos em saúde da mesma. Sendo o EEER parte integrante da equipa leva a que esteja presente de forma assídua no serviço, por conseguinte, há um acompanhamento restrito dos doentes internados, a evolução dos mesmos, perceber se é ou não um primeiro internamento, o que motivou a sua vinda. Permite ao EEER ser detentor de informação que alavancará uma tomada de decisão efetiva e gerir de forma minuciosa o seu trabalho.

O cálculo das dotações seguras dos cuidados de Enfermagem é influenciado pela flutuação no número de doentes que necessita de cuidados de ER, pois existiram turnos em que tínhamos 12 doentes a necessitar de cuidados de ER, e em outros apenas 6 doentes. Contudo, referir que independentemente disso, apenas um EEER era alocado ao serviço de Cardiologia para prestar cuidados e aos sábados, domingos e feriados não havia prestação de cuidados de ER.

Estágio em contexto comunidade

O estágio em contexto comunidade decorreu numa Unidade de Cuidados à Comunidade (UCC) numa ULS do país.

A UCC era composta por vários profissionais de saúde, dos quais 5 Enfermeiros especialistas (2 EEER, 2 enfermeiros especialistas em saúde mental e 1 enfermeira especialista em saúde materna), 1 técnica auxiliar de saúde, 1 psicóloga e 1 assistente social.

Esta UCC dá resposta a um concelho com cerca de 24.000 habitantes. Importa com isto refletir, mais uma vez, o que é estabelecido pela Ordem dos Enfermeiros sobre dotações seguras. Com o objetivo de garantir o acesso a cuidados especializados de Enfermagem de Reabilitação, sejam de caráter preventivo, de manutenção ou de recuperação, o rácio deve ser de 1 EEER por cada 4.000 habitantes (Ordem dos Enfermeiros, 2019b). Neste contexto, o número de EEER fica bastante aquém do referido, pelo que, novamente, há uma oferta deficitária face à população abrangida, e por melhor que seja o trabalho desenvolvido pelos dois EEER presentes não há como garantir uma resposta efetiva e adequada à população com ou em risco de adquirir deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação social. Para esta problemática, o aumento do número de profissionais na equipa da UCC seria determinante para fazer face às necessidades da população em questão.

Quanto à dinâmica de trabalho, o horário era de segunda a sexta-feira, com turnos diurnos de 7 horas. A UCC além dos doentes internados na Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), a nível domiciliário, num total de dez, também tinha ao seu cuidado a saúde escolar. Assim que iniciou o estágio houve a possibilidade de integrar um programa de educação escolar. A temática a trabalhar era ergonomia e atividade física, onde enfatizamos temas como adoção de posturas corretas, escolha e utilização correta da mochila escolar e incentivo à atividade física, tendo por base as diretrizes emitidas pela Organização Mundial de Saúde, em 2020. As sessões dinamizadas decorreram em várias escolas do município, sendo que o público-alvo eram crianças a frequentar o 4º ano de escolaridade. O formato de sessão adotado foi o método expositivo, demonstrativo e participativo, com aplicação de um questionário inicial e final, por forma a mapear o impacto da sessão. No final da sessão foi fornecido um folheto informativo.

Neste âmbito, a intervenção do EEER teve como objetivo principal a promoção da saúde. Para tal foram explanadas ações preventivas, de forma a assegurar a manutenção das capacidades funcionais das crianças; prevenir complicações e evitar incapacidade. Deste modo, foi desenvolvida a competência específica do EEER, nomeadamente: cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2019a). Para isso, procedemos à implementação de intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções ao nível motor e cognitivo; e ao ensino, demonstração e treino de posições ergonómicas e utilização de mochila escolar. Foi

também tido em consideração o processo de transição que as crianças iam vivenciar no próximo ano letivo, pois ao transitar para o 5º ano de escolaridade, o número de livros e cadernos, tendencialmente, vai aumentar. Tendo por base a Teoria das Transições de Afaf Meleis, esta mudança configura uma transição de desenvolvimento, caracterizada por alterações significativas nos papéis, rotinas e responsabilidades da criança. Esta teoria destaca a importância do reconhecimento dos fatores que facilitam ou inibem o processo de transição, bem como a necessidade de intervenções de enfermagem que promovam uma adaptação saudável (Meleis, 2010). O papel do EEER foi fundamental na antecipação de necessidades e na preparação das crianças para a nova etapa, minimizando riscos associados e promovendo a sua capacitação e autonomia.

Além disso, ao abrigo da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, a ECCI dava resposta, no domicílio a 10 utentes, que careciam de cuidados de ER. De uma forma geral, os utentes tinham idade superior a 65 anos, apresentavam-se dependentes nos autocuidados, em vários graus de dependência, apresentando potencial para integrar um plano de cuidados de ER. Desta forma, o leque de experiências neste contexto foi riquíssimo, o que levou ao desenvolvimento de várias competências, quer teórico quer práticas, pela diversidade que engloba, com a nuance dos cuidados na comunidade, uma prática tão distinta das demais.

Estágio em contexto opção

O estágio de opção foi desenvolvido no contexto pediátrico e decorreu num serviço de internamento numa ULS do país. A escolha por esta área de opção, mostrou-se um desafio pela adaptação dos cuidados às crianças e jovens, que podiam ir desde um bebé a um adolescente, quer à inclusão ativa das famílias como parte integrante da equipa de saúde. Tal vai ao encontro do que nos diz o regulamento de competências específicas do EEER, que cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, nos mais variados contextos de cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2019a).

Este serviço de internamento era dotado de 24 camas e tinha dois EEER, partes integrantes da equipa multidisciplinar, presentes todos os dias, das 8h30 às 16h00. Tal permitia um acompanhamento contínuo e rigoroso das crianças que careciam de cuidados de ER. O acompanhar da passagem de turno da manhã permitia à equipa de ER o entendimento do estado das crianças e jovens durante o turno da noite e, se fosse o caso, a sinalização de novos doentes que necessitavam da avaliação do EEER. A articulação com a equipa médica era extremamente harmoniosa e um fator positivo para o trabalho em equipa.

O trabalho dos EEER era gerido entre ambos, fazendo uma distribuição homogénea dos doentes que já eram acompanhados pela equipa de ER e dos que careciam da avaliação do EEER. Outro aspeto peculiar desta dinâmica de trabalho prendia-se pela gestão dos cuidados de acordo com

a alimentação e o sono das crianças, preservando sempre o suprir de ambas as necessidades para garantir a efetividade dos cuidados do EEER.

Sublinhar que era um serviço onde os EEER trabalhavam há muitos anos, sendo detentores de um conhecimento profundo da prática, verdadeiros peritos na área da saúde infantil e pediátrica. Havia uma preocupação na partilha de conhecimento, com projetos de melhoria contínua, em fase de aprovação, no âmbito dos cuidados de ER, atribuindo valor a esta especialidade e demarcando o seu real contributo nos cuidados às crianças e jovens, bem como às suas famílias.

Frisar a questão de práticas seguras, baseada na Norma para cálculo de dotações seguras de cuidados de Enfermagem, emanada pela Ordem dos Enfermeiros (2019b), um serviço de internamento com 24 camas, tem ao dispor 2 EEER, por um período de 7,50horas/dia, em todos os dias da semana. Caso o valor de horas diárias se aproximasse das 12 horas, teríamos, efetivamente dotações seguras. Contudo, esta realidade é a que mais se aproxima do preconizado, ou seja, o serviço de internamento ser dotado de, pelo menos, 2 EEER, por cada 15 doentes, garantindo a prestação diária de cuidados especializados de 12 horas, em todos os dias da semana (Ordem dos Enfermeiros, 2019b).

3. ESTUDO DE CASO 1: DOENTE COM DEGLUTIÇÃO COMPROMETIDA PÓS-EXTUBAÇÃO

Doente do sexo feminino, 50 anos, raça caucasiana. Previamente autónoma nas AVD. Apresenta como antecedentes pessoais: depressão e hipotireoidismo. Sem alergias medicamentosas conhecidas. Admitida na UCI com diagnóstico de pneumonia bilateral por Coronavirus Disease (COVID-19). Na admissão, doente intubada, em ventilação mecânica invasiva, sob sedação e analgesia (propofol e fentanil), com Escala de Coma de Glasgow (ECG) de 3 e Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS) de -5. Apresenta instabilidade hemodinâmica sob vasopressor (noradrenalina). No decorrer do internamento, doente cumpre desmame de sedação e analgesia, concomitantemente com desmame ventilatório, sendo extubada ao quinto dia após admissão. Após extubação, fica sob oxigenoterapia por máscara de venturi com fração inspirada de oxigénio (FiO₂) de 0,35. . Apresenta um pico de fluxo da tosse (PFT) de 271 litros por minuto (L/min), avaliado através de peak flow meter - valor que sugere uma tosse moderadamente eficaz, embora próxima do limiar de risco para a limpeza ineficaz das vias aéreas, uma vez que o valor de 300 L/min é a referência para uma tosse eficaz. A nível de força muscular, apresenta pontuação de 44 no Medical Research Council Sum Score (MRC-SS), o que indicia um quadro de fraqueza muscular adquirida nos cuidados intensivos. No rastreio da disfagia é identificada deglutição comprometida para consistência líquida, com uma pontuação de 7 na escala Gugging Swallowing Screen for Intensive Care Units (GUSS-ICU).

3.1. Enquadramento teórico

O enquadramento teórico que se segue pretende oferecer ao leitor um fio condutor do trabalho desenvolvido, abordando os pontos de relevo da condição clínica da doente para a concetualização da prática do EEER. Partimos do diagnóstico médico, para a necessidade de VMI, reconhecendo as complicações inerentes desta enfatizando a FMACI e a deglutição comprometida. Será dado maior foco à deglutição comprometida, especificamente, à DCPE, destacando a sua importância. Tal permite fundamentar e sustentar a tomada de decisão inerentes aos estudos de caso apresentados, bem como clarificar a motivação que sustenta o estudo, pois fornece a base para compreender a pertinência do mesmo.

Pneumonia bilateral por COVID-19

A pneumonia bilateral por COVID-19 resulta de uma infeção grave pelo coronavírus e está, frequentemente, associada ao desenvolvimento da síndrome de dificuldade respiratória aguda (SDRA). Na maior parte dos casos, o tratamento de doentes com SDRA é complexo e implica o recurso a ventilação mecânica invasiva (Protić et al., 2023). A SDRA é uma lesão pulmonar inflamatória difusa aguda que pode apresentar diferentes graus de gravidade, que resulta de uma agressão pulmonar ou sistémica que compromete, de forma inevitável, as trocas gasosas e a mecânica ventilatória do doente (Krynytska et al., 2021). Esta condição é caracterizada pela diminuição da complacência pulmonar, levando ao desenvolvimento de insuficiência respiratória aguda (Oliveira et al., 2024) preditor de incapacidade de ventilação autónoma, sendo necessário o recurso a VMI (Protić et al., 2023; Oliveira et al., 2024).

A VMI pode ser definida como:

todo o processo de respiração artificial que envolve um aparelho mecânico para ajudar a substituir a função respiratória, podendo desde logo melhorar a oxigenação e influenciar a mecânica pulmonar (...) que pretende dar tempo para que a lesão estrutural ou a alteração funcional, pela qual esta foi indicada, se repare e recupere (*Dias et al., 2008, p.64*).

O principal objetivo da VMI é garantir suporte no tratamento de doentes que apresentem insuficiência respiratória aguda ou crónica agudizada, substituindo total ou parcialmente a ventilação espontânea enquanto se processa a reversão dos processos patológicos desencadeantes e a recuperação da função pulmonar (Lima & Santos, 2024). Apontada como a técnica que permitiu salvar maior número de vidas no mundo, a VMI acarreta riscos, sobretudo se instituída por longos períodos (Dias et al., 2008; Bartolomeu & Rodrigues, 2021). As complicações mais comuns da VMI são a diminuição do débito cardíaco, a alcalose respiratória, o aumento da pressão intracraniana, a distensão gástrica, a alteração da função renal e hepática, a pneumonia, a fraqueza muscular e o barotrauma (Bartolomeu & Rodrigues, 2021).

A necessidade de VMI traduz um quadro clínico grave, em que a instabilidade hemodinâmica pressupõe a utilização de múltiplos recursos mecânicos, farmacológicos e nutricionais, frequentemente associados a longos períodos de imobilidade no leito. Tal carece de uma intervenção multidisciplinar sistematizada que leve à resolução da instabilidade e à recuperação das funções cognitiva e motora (Bartolomeu & Rodrigues, 2021). Um internamento prolongado na UCI coincide com um somatório de fatores negativos, contribuindo para o aumento de número de infeções, FMACI, declínio funcional, delirium e mortalidade (Gomes et al., 2021).

Considerando os achados na literatura e interpondo-os ao caso clínico apresentado considera-se pertinente abordarmos a FMACI.

Fraqueza muscular adquirida nos cuidados intensivos

Estima-se que, sensivelmente, metade dos doentes com mais de uma semana de internamento em UCI e dois terços dos doentes submetidos a VMI desenvolvem FMACI (Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2024).

A FMACI é um conceito utilizado para descrever uma redução significativa da força muscular, superior àquela que seria exetável, como consequência de uma imobilização prolongada no leito. Esta perda de força manifesta-se de forma generalizada, difusa e simétrica, surgindo após o início de uma situação crítica (Bartolomeu & Rodrigues, 2021), afetando principalmente os músculos dos membros, mais proximal do que distal, e os músculos respiratórios (Matos et al., 2023).

Quanto à sua etiologia, a FMACI não possui uma causa única, mas sim multifatorial, sendo desencadeada por uma combinação de fatores inerentes à doença crítica e às intervenções terapêuticas necessárias para o suporte à vida. Na maioria dos casos, a fraqueza muscular desenvolve-se como um evento secundário associado à gravidade da condição do doente e aos tratamentos instituídos, como por exemplo VMI, administração de sedação, de bloqueadores neuromusculares e de corticoides (Matos et al., 2023). Wang et al. (2020) descrevem a FMACI como uma complicação neuromuscular comum em doentes internados em UCI, porém, existem desafios significativos na sua avaliação e tratamento, enfatizando a necessidade de investigação nesta área. Um entendimento claro da etiologia da FMACI é crucial para o desenvolvimento de intervenções eficazes e adequadas para melhorar a qualidade de vida dos doentes, dado que a fraqueza e a atrofia muscular podem persistir durante anos após alta da UCI (Eggmann et al., 2020; Wang et al., 2020).

A avaliação do grau de fraqueza muscular é realizada através de testes físicos, na maior parte das vezes com recurso à Medical Research Council Sum-Score (MRC-SS) (Mart et al., 2025). Esta avalia os segmentos musculares dos membros superior e inferior usando a escala de avaliação da força muscular do Medical Research Council (MRC). A pontuação da escala varia de 0, que corresponde a plégia completa, a 60 que dita força muscular normal. O diagnóstico de FMACI é determinado quando a pontuação obtida é inferior a 48 pontos, num total de 60 pontos (Hermans et al., 2012; Matos et al., 2023; Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2024). Sendo a MRC uma ferramenta volitiva, a avaliação da força muscular só poderá ser realizada em doentes conscientes e colaborantes (Bartolomeu & Rodrigues, 2021; Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2024). Por esse motivo, a Sociedade Portuguesa de Medicina Física e Reabilitação (2020) propõe o recurso à escala Standardized Five Questions, que é utilizada para avaliar o grau de colaboração do doente, prévia à avaliação da MRC-SS.

Associa-se a FMACI a eventos adversos no período pós-alta como alterações psíquicas, distúrbios do sono e dificuldade para retomar a atividade laboral. Portanto, a doença crítica não finaliza na alta da UCI, persistindo após a alta, amplificando o número de reinternamentos,

assim como reduzindo a capacidade funcional para AVD do doente (Eggmann et al., 2020; Gomes et al., 2021), sendo que a reabilitação precoce pode prevenir e/ou mitigar essas situações (Azevedo et al., 2019). Atendendo a tudo isto, o EEER assume um papel determinante, uma vez que os cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa em situação crítica, instituídos precocemente, podem reduzir a incidência da FMACI na UCI (Matos et al., 2023).

Entende-se por reabilitação precoce do doente em UCI, aquela que é iniciada o mais cedo possível, havendo condições clínicas para tal, com o intuito de promover a recuperação e prevenir complicações associadas ao longo período de internamento (Unoki et al., 2023). Em contexto de cuidados intensivos, o EEER tem como objetivo primordial a implementação precoce de intervenções de reabilitação específicas, visando prevenir sequelas e complicações associadas à condição clínica do doente crítico (Azevedo & Gomes, 2015).

A mobilização precoce de doentes em UCI tem sido reconhecida como uma intervenção eficaz na alteração de fatores de risco de morbilidade, com impacto positivo na recuperação da capacidade funcional (Ferreira & Peres, 2020). Associado a isso, Eggmann et al. (2020) enfatizam a necessidade de mobilização precoce e intervenções direcionadas para evitar a FMACI.

Em 2022, Azevedo et al. (2022), desenvolveram um estudo onde avaliaram os efeitos de um programa de enfermagem de reabilitação na alta da UCI. O estudo quase-experimental fez a comparação entre dois grupos: um a frequentar o programa de reabilitação de enfermagem sistematizado (n=21) e outro com cuidados de enfermagem de reabilitação usuais (n=21). Os resultados obtidos sugerem que os doentes submetidos ao programa de reabilitação apresentaram uma diminuição da FMACI. Houve diminuição de 28,6% para 9,5% da fraqueza muscular grave; de 52,4% para 42,9% de fraqueza muscular significativa e um aumento de doentes sem fraqueza muscular, que passou de 19% para 47,9%. Deste modo, concluíram que o programa sistematizado de enfermagem de reabilitação pode melhorar a força muscular e reduzir a incapacidade funcional no momento da alta da UCI. Esta ideia também é corroborada pelo estudo de Matos et al. (2023), que concluiu que são necessários programas padronizados de reabilitação precoce para o doente em UCI com diagnóstico de FMACI, uma vez que os doentes que participaram no estudo e receberam intervenções de enfermagem de reabilitação com maior frequência apresentaram redução de tempo de sedação e de VMI, maior independência funcional na transferência intra hospitalar, maior força muscular na alta hospitalar e menor tempo de internamento hospitalar.

O EEER na UCI, ao prestar cuidados baseados em práticas sistematizadas e estruturadas, trabalha em prol de prevenir as complicações decorrentes da imobilidade no leito, minimizar a perda da mobilidade, maximizar a independência funcional e melhorar a qualidade de vida do doente crítico (Ferreira & Peres, 2022).

O estudo de Unoki et al. (2023) destaca a necessidade impreterível da implementação de

práticas de reabilitação padronizadas e de alta qualidade ao doente crítico. Daí surgiu um conjunto de diretrizes de prática clínica para reabilitação do doente crítico, com o objetivo de aumentar a compreensão clínica e, assim, facilitar a tomada de decisões com base na melhor evidência científica, contribuindo, em última análise, para a recuperação do doente internado em UCI. De salientar que as diretrizes apresentadas surgiram de uma abordagem GRADE (The Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation).

Nas Diretrizes de Prática Clínica Japonesas para Reabilitação do doente crítico (Unoki et al., 2023) as áreas clínicas consideradas relevantes emergiram do trabalho multidisciplinar, destacando este como extremamente importante no processo de reabilitação. As áreas clínicas abordadas foram: exercício físico na UCI; estimulação elétrica neuromuscular e cicloergómetro de leito; reabilitação da disfagia; normas para mobilização; terapia nutricional; reabilitação de crianças em estado crítico; reabilitação no pós-alta da UCI e visita e participação da família no processo de reabilitação. Destacamos as normas para mobilização onde é realçada a mobilização precoce como medida para prevenir e/ou diminuir a FMACI, bem como a questão da reabilitação do doente com deglutição comprometida.

Tendo em consideração o estudo de caso 1 supracitado, há uma correlação premente a ser estabelecida: a FMACI e a deglutição comprometida. A evidência sugere que a FMACI está diretamente relacionada com a deglutição comprometida, uma vez que pode afetar os músculos envolvidos na deglutição, tornando a disfagia uma condição clínica frequente em doentes críticos, especialmente aqueles submetidos à intubação endotraqueal prolongada ou traqueostomizados (Unoki et al., 2023; Oliveira, 2024).

Tendo por base a evidência científica previamente referida, o rastreio da DCPE assume extrema importância nos doentes em UCI. Consideramos que para avaliar a deglutição importa percebermos a anatomia e fisiologia inerentes ao processo.

Deglutição

O processo de deglutição é tido como fundamental para a manutenção da vida (Moreira et al, 2021). A deglutição é uma função fisiológica caracterizada pelo transporte de nutrientes da cavidade oral para o estômago. Uma deglutição eficaz pressupõe assegurar a transferência dos alimentos e líquidos para o esófago, bem como proteger as vias aéreas. Quando essa proteção falha e ocorre aspiração, o risco de desenvolver pneumonia por aspiração aumenta significativamente (Shaw & Martino, 2013; Teramoto, 2022). Shaw & Martino (2013) destacam que o primeiro passo para assegurar a proteção eficiente das vias aéreas é a coordenação e o tempo adequado do processo de deglutição. Visto que a respiração e a deglutição partilham parte das estruturas anatómicas, é fundamental que ambos os processos estejam coordenados.

Considerando a deglutição uma das funções orofaringolaríngeas mais complexas (Silva, 2022),

entender a anatomia e a fisiologia normais é essencial para a sua avaliação, tratamento e melhoria das técnicas de reabilitação (Shaw & Martino, 2013).

A deglutição é um processo que envolve mais de 30 músculos da cabeça e do pescoço, bem como o tronco cerebral, onde se localiza o centro gerador do padrão de deglutição (Shaw & Martino, 2013; Zuercher et al., 2019). As estruturas anatómicas implicadas no processo da deglutição são a cavidade oral, a faringe, a laringe e o esófago (Braga, 2016a). Os pares cranianos envolvidos diretamente na deglutição incluem: I (olfativo), V (trigêmeo), VII (facial), IX (glossofaríngeo), X (vago) e XI (hipoglosso), juntamente com os nervos cervicais C1 e C3. Além disso, diferentes regiões do giro pré e pós-central no córtex cerebral, bem como o sistema nervoso periférico (aferente e eferente), estão envolvidos na deglutição (Shaw & Martino, 2013; Zuercher et al., 2019). Os gânglios basais, o hipotálamo, a amígdala, o cerebelo e o mesencéfalo desempenham um papel no início da deglutição, bem como na regulação da sua sequência, coordenação e temporização. O controlo reflexo da deglutição localiza-se no tronco encefálico, mais precisamente na região superior do bulbo raquidiano. Este sistema está distribuído de forma bilateral na substância reticular (Braga, 2016a).

Deste modo, a deglutição pode ser compreendida como um processo complexo e dinâmico, que envolve tanto movimentos voluntários e atividade reflexa. Apesar de ocorrer de forma contínua, este processo é subdividido em quatro fases: fase oral preparatória, fase oral, fase laríngea e fase esofágica (Moreira et al, 2021).

Alguns autores sugerem uma fase antecipatória, que precede as fases preparatória oral e oral. Esta etapa inicia-se com a seleção do alimento e com a experiência de prazer associada à alimentação, estando profundamente relacionada com a ligação da pessoa ao alimento e com as respostas neurosensoriais que preparam o organismo para o seu processamento. Esta atividade preliminar pode ser modulada por fatores como o pensamento sobre a comida (envolvendo os centros corticais superiores) e pela combinação com sentidos, nomeadamente a visão e o olfato. Assim, é possível compreender a ocorrência de produção de saliva e de sucos gástricos mesmo antes da introdução do alimento na boca (Leopold & Kagel, 1997; Shune et al., 2016).

A fase oral preparatória é uma fase voluntária que se inicia com a introdução do alimento na boca e a sua transformação em bolo alimentar. Envolve movimentos de grande coordenação da mandíbula, maxilar, lábios e língua. Ao longo desta fase a respiração nasal mantém-se e a duração do processo depende da consistência dos alimentos (Braga, 2016a; Shaw & Martino, 2013; Warnecke et al., 2018).

A fase oral, também voluntária, engloba a elevação e impulsão posterior do bolo alimentar, direcionando-o para os pilares amigdalinos anteriores da faringe. O estímulo é transmitido para os centros da deglutição localizados no córtex e no tronco cerebral através das vias aferentes dos nervos cranianos V, IX e X (Braga, 2016a; Shaw & Martino, 2013; Warnecke et al., 2018).

A fase faríngea inicia-se com a estimulação dos recetores táteis da orofaringe pelo bolo alimentar, desencadeando uma resposta reflexa. O palato mole posiciona-se horizontalmente para impedir a passagem do bolo alimentar para a nasofaringe, enquanto a língua bloqueia a cavidade oral. O bolo alimentar é então impulsionado para baixo, direcionando-se para o esófago. Nesta fase, a respiração é temporariamente suspensa, na fase expiratória, com a adução das cordas vocais, encerramento da glote e a constrição da musculatura laríngea, empurrando a laringe anterior e superiormente, encerrando a via aérea ao impulsionar a epiglote sobre o vestíbulo laríngeo. Dá-se assim a última fase da deglutição, a fase esofágica, quando o bolo alimentar passa pelo esfíncter esofágico superior (EES). Os movimentos peristálticos gerados no esófago conduzem o bolo alimentar até ao estômago (Braga, 2016a; Shaw & Martino, 2013; Warnecke et al., 2018).

Avaliação da deglutição

A avaliação da deglutição é essencial, não só para detetar os doentes acometidos por alterações nesta função, como também para prevenir as complicações associadas à deglutição comprometida e orientar a reintrodução segura da alimentação por via oral. Deve ser realizada o mais precoce possível no doente em contexto de internamento (Braga, 2016a). Sendo que, a avaliação da deglutição em doentes internados na UCI deve ser realizada após a extubação, idealmente nas primeiras 24 horas, para reduzir o risco de complicações como pneumonia por aspiração, desnutrição e prolongamento do internamento (Troll et al., 2023).

Existem várias formas de avaliar a deglutição, a literatura remete para três etapas sequências: o rastreio precoce, a avaliação clínica detalhada e, quando indicado, a avaliação instrumental (Oliveira, 2024).

No doente crítico em UCI, para o rastreio da deglutição preconiza-se o recurso ao instrumento de avaliação GUSS-ICU, recentemente validado e adaptado para a população portuguesa (Couto, 2024; Silva, 2022). A GUSS-ICU permite uma triagem de deglutição multiconsistente simples, confiável, sensível e válida para identificar a deglutição comprometida no pós-extubação (Troll et al., 2023).

A GUSS-ICU é composta por duas partes: o teste indireto e o teste direto (Troll et al., 2023). O teste indireto tem como objetivo verificar se o doente está apto para o teste direto, e é composto por seis itens: RASS, presença de estridor, tosse e pigarreio eficazes, deglutição de saliva possível, escape anterior de saliva e alterações da voz após deglutição de saliva. Apenas segue para o teste direto quando a pontuação do teste indireto for de seis pontos. A segunda parte, o teste de deglutição direta, contempla quatro subtestes sequenciais de ordem fixa. Começa com um nível de dieta da International Dysphagia Diet Standardisation Initiative (IDDSI) 3, que corresponde a moderadamente espessa; seguido por IDDSI 0, que é uma consistência

fina; IDDSI 7, uma consistência sólida e, finalmente, com uma consistência mista de finos e sólidos. Os critérios de avaliação usados no teste de deglutição direta, para cada um dos subtestes, são: problemas de deglutição (fase oral prolongada: mais de dez segundos para líquido fino e moderadamente espesso, mais de 23 segundos para alimentos sólidos), tosse, escape anterior ou alteração da voz. O teste direto, por sua vez, pressupõe que o doente engula quatro consistências distintas: semissólido, líquido, sólido e consistência mista: líquido e sólido simultaneamente. A pontuação total obtida permite constatar a importância do risco de disfagia, pelo que permite ao profissional uma tomada de decisão, que pode ser adequar a dieta alimentar por via oral, suspender a alimentação por via oral e sinalizar para uma avaliação clínica especializada e/ou avaliação instrumental da deglutição (Troll, 2023). De salientar que, se não for possível ao doente vocalizar, deve ser utilizado um estetoscópio para realizar auscultação cervical, por forma a monitorizar os sons respiratórios (Moreira et al, 2021).

A avaliação clínica especializada da deglutição deve ser considerada uma parte essencial da intervenção para todos os doentes com suspeita ou evidência de deglutição comprometida. Envolve anamnese, exame físico orofacial e avaliação da função da deglutição (Yang et al., 2023).

Perante uma avaliação clínica sem alterações na deglutição, não sendo possível recorrer à avaliação instrumental, é necessário sensibilizar a equipa multidisciplinar para manter a vigilância de possíveis alterações da deglutição nos doentes, implicando uma reavaliação regular da deglutição (Oliveira, 2024).

Por último, a avaliação instrumental da deglutição pode ser realizada com recurso a videofluoroscopia da deglutição (VFD) ou fibroendoscopia da deglutição (FEES). A FEES permite observar estruturas faríngeas e laringe em tempo real através de um endoscópio nasal, identificando presença de resíduos, penetrações ou aspiração. A VFD obtém imagens radiográficas em movimento enquanto o doente ingere contraste, oferecendo detalhes de todas as fases da deglutição, sendo considerada o método gold standard para o estudo da deglutição (Troll et al., 2023).

A realização da avaliação instrumental, com recurso à VFD ou FEES dependerá da condição clínica do doente, bem como da disponibilidade de recursos humanos habilitados e materiais para tal (Cohen et al., 2016).

Deglutição comprometida em UCI

A deglutição comprometida é uma condição frequente observada em doentes internados em UCI, sobretudo após a extubação, ainda que, tendencialmente, seja um problema desvalorizado (Oliveira, 2024; See et al., 2016). A literatura sugere que a intubação endotraqueal por um período superior a 27 horas constitui um fator de risco para o desenvolvimento da DCPE

(Plowman et al., 2023).

A prevalência exata da deglutição comprometida em doentes na UCI permanece incerta (Unoki et al., 2023). Estima-se que a DCPE tem uma incidência de 41%, sendo que destes doentes, 36% aspira de forma silenciosa (McIntyre et al., 2021). Em 2023, Armas-Navarro et al. (2023), acompanharam 103 doentes desde a admissão na UCI até à alta hospitalar. Os resultados obtidos indicaram que 45,6% dos doentes apresentaram DCPE. Evidenciaram, ainda, que 37,9% dos doentes ainda apresentavam deglutição comprometida no momento da alta da UCI, e 12,6% mantinham o problema até à alta hospitalar (Armas-Navarro et al., 2023). Brodsky et al. (2017) referem que cerca de 60% dos doentes intubados apresentam DCPE. Enumeram como fatores associados ao desenvolvimento de alterações na deglutição a idade avançada, antecedentes neurológicos, infeção por COVID-19, maior tempo de internamento na UCI, hospitalização prolongada e a presença de traqueostomia. Também Schefold et al. (2017) afirmam a DCPE como comum em doentes internados na UCI, sendo que, na maior parte dos casos, persiste até à alta hospitalar. Referir que Brodsky et al. (2017) concluíram que, aproximadamente, 25% dos doentes com DCPE precisou de mais de 6 meses para recuperar.

Entende-se que a deglutição comprometida e a pneumonia de aspiração estão intimamente relacionadas. É importante realçar que a pneumonia por aspiração é causada por diferentes fatores, e não pode ser exclusivamente atribuída a um problema de deglutição. A deglutição comprometida nos doentes críticos pode levar a pneumonia por aspiração (Marvin et al., 2019; Schefold et al., 2017, Unoki et al., 2023). McIntyre et al. (2023) demonstram que o compromisso da deglutição aumenta três vezes o risco de pneumonia por aspiração. A reabilitação é crucial na presença deste diagnóstico. No estudo de Siao et al. (2023), onde implementaram um programa de reabilitação da deglutição e cuidados de higiene oral, concluíram que houve diminuição da pneumonia por aspiração nos doentes que ingressaram o programa, assumindo a reabilitação da deglutição como benéfica para doentes críticos na UCI. A reabilitação da deglutição e os cuidados de higiene oral são pilares fundamentais da intervenção do EEER, devendo ser iniciados após a avaliação da disfunção da deglutição. Essas intervenções são fundamentais, especialmente em doentes que apresentam aspiração silenciosa (Teramoto, 2022). Tal achado leva a que o rastreio da disfagia após a extubação, em UCI, possa prevenir a pneumonia por aspiração e diminuir a mortalidade associada (See et al., 2016; Troll et al., 2023).

A deglutição comprometida em doentes críticos é multifatorial. Os mecanismos subjacentes ao desenvolvimento do DCPE englobam, entre outros, o trauma direto provocado pela intubação ou traqueostomia, a presença de neuromiopatia, a redução da função sensorial da laringe, o refluxo gastroesofágico e a falta de coordenação entre a respiração e a deglutição (Zuercher et al., 2019). O desenvolvimento de DCPE está também associada a longos períodos de VMI (Macht et al., 2013; Schefold et al., 2017). Segundo Warnecke et al. (2018), as causas da deglutição comprometida no doente crítico podem ser divididas em três categorias etiológicas: estar

associada ao diagnóstico principal que levou ao tratamento na UCI, ser causada por comorbilidades pré-existentes, e ser uma consequência do próprio tratamento na UCI, ou consequência das condições em que este se dá (Macht et al., 2013).

Warnecke et al. (2018), enumeram seis mecanismos patológicos para a deglutição comprometida: o trauma causado por dispositivos médicos na via aérea, a neuromiopia, a alteração da sensibilidade orofaríngea e laríngea, o refluxo gastroesofágico, alterações do estado de consciência e a dessincronização da respiração e da deglutição. O trauma direto provocado pela inserção de tubos endotraqueais, traqueostomias, sondas de ecocardiografia ou sondas nasogástricas é apontado pelos autores como o principal fator desencadeador de disfagia em doentes críticos. Estas intervenções podem causar lesões nas estruturas anatómicas envolvidas na deglutição, nomeadamente na orofaringe e laringe. A presença de irritação da mucosa, ulceração, edema ou inflamação localizados pode comprometer o funcionamento adequado das cordas vocais, epiglote e base da língua, reduzindo a sensibilidade destas estruturas e a sua capacidade de proteção da via aérea, comprometendo a segurança da deglutição (Zuercher et al., 2019; Warnecke et al., 2018; Macht et al., 2013). Também as lesões nos lábios e dentes resultantes do período de intubação podem comprometer a fase oral da deglutição, interferindo na apreensão e preparação do bolo alimentar. Estas alterações podem levar a um aumento do tempo de trânsito oral, influenciando de forma negativa a eficiência do processo de deglutição (Zuercher et al., 2019; Warnecke et al., 2018).

A neuromiopia é outro fator que pode desencadear o compromisso da deglutição em doentes críticos (Warnecke et al., 2018). Zuercher et al. (2019) reconhecem que a atrofia por desuso dos músculos da língua, faringe e laringe, observada em doentes submetidos a VMI e/ou internamento prolongado em UCI, pode comprometer tanto a eficácia como a segurança da deglutição. Associado a isso, o uso de fármacos analgésicos e sedativos também conduzem a quadros de DCPE (Frajkova et al., 2020). Adicionalmente, a presença de polineuropatia da doença crítica, uma disfunção neuromuscular periférica frequente nestes doentes, pode reduzir a eficácia da tosse, um dos principais mecanismos fisiológicos de proteção das vias aéreas (Macht et al., 2013).

Outro mecanismo que contribui para a DCPE é a alteração da sensibilidade orofaríngea e laríngea. Esta pode ser consequência do edema focal, resultante da presença contínua do tubo endotraqueal associada a períodos longos de VMI, como pela polineuropatia associada à doença crítica (Macht et al., 2013).

A presença de refluxo gastroesofágico é tida como mecanismo patogénico para a deglutição comprometida em doentes internados em UCI. Esta condição é agravada no ambiente de UCI pelo uso de medicamentos sedativos e bloqueadores neuromusculares, alimentação por sonda nasogástrica (SNG) e posição no leito de decúbito dorsal com elevação da cabeceira inferior a 30 graus (Metheny & Frantz, 2013). O refluxo é, particularmente, perigoso pois além de impedir

que o doente receba o aporte nutricional adequado, também predispõe a maior risco de aspiração (Warnecke et al., 2018).

O nível da consciência está também relacionado com a disfagia (Mélotte et al., 2021), sendo exemplo disso a presença de delirium (Zuercher et al., 2019). Estima-se que cerca de 60-80% dos doentes em VMI venham a sofrer de delirium durante o internamento na UCI (Vieira et al., 2020). Uma vez que a VMI pressupõe, frequentemente, o recurso a medicação analgésica e sedativa, os efeitos induzidos por esta podem afetar a funcionalidade de estruturas do sistema nervoso central e periférico (Zuercher et al., 2019), favorecendo a presença de delirium, com impacto negativo na deglutição.

Por último, a dessincronização da respiração e da deglutição também é tida como um mecanismo indutor de DCPE. Em condições fisiológicas, a deglutição e a respiração não são controladas independentemente, mas sim estreitamente coordenadas ao nível do tronco cerebral (Warnecke et al., 2018). Durante o processo de deglutição, por um breve período, ocorre uma interrupção da respiração, seguida de uma expiração que se conclui antes de iniciar o próximo ciclo respiratório, com uma inspiração subsequente. O compromisso da deglutição surge na ausência de coordenação entre o ciclo respiratório e a deglutição (Warnecke et al., 2018). A evidência indica que a ênfase no processo respiratório durante a reabilitação, especialmente através de intervenções de treino respiratório, pode contribuir para melhorar tanto a segurança como a eficácia da deglutição em doentes com deglutição comprometida (Dai et al., 2024).

O compromisso da deglutição é habitualmente classificado em: disfagia orofaríngea e disfagia esofágica (Yang et al., 2023). A distinção clínica de ambas é crucial, pois o estudo diagnóstico e a abordagem terapêutica diferem para cada uma (Wilkinson et. al, 2021; Yang et al., 2023). A disfagia orofaríngea é a dificuldade em iniciar a deglutição, devido a alterações na fase oral ou faríngea, causada pelo compromisso na coordenação neuromuscular da deglutição (Wilkinson et. al, 2021). Por sua vez, a disfagia esofágica caracteriza-se por dificuldade em transportar o alimento pelo esófago, sendo explicada por causas mecânicas e/ou obstrutivas (lesões estruturais que provocam estenose ou bloqueiam o lúmen esofágico) e motores (distúrbios da motilidade do esófago) (Wilkinson et. al, 2021; Yang et al., 2023). No caso da pessoa em situação crítica, pelos mecanismos fisiopatológicos que levam ao compromisso da deglutição, a fase mais afetada é a faríngea, denominando-se assim a DCPE como disfagia orofaríngea.

Intervenção do EEER na deglutição comprometida

O EEER tem um papel fundamental no acompanhamento de doentes com deglutição comprometida. O planeamento da intervenção em pessoas com deglutição comprometida assenta nas informações obtidas através de um minucioso processo de avaliação. A avaliação

clínica da deglutição possibilita identificar a causa que levou ao compromisso da deglutição, determinar a necessidade de exames complementares, estabelecer um diagnóstico e delinear um plano de intervenção específico. O objetivo primordial da intervenção é garantir uma deglutição segura, assegurando a proteção das vias aéreas, uma hidratação e nutrição adequadas, bem como a recuperação do prazer associado à alimentação (Braga, 2016a; Moreira et al., 2021). A reeducação da deglutição tem início com uma avaliação rigorosa da mesma (Oliveira, 2024).

Em UCI, a avaliação da função de deglutição deve ser realizada o mais precocemente possível após a admissão e, para isso, os métodos de rastreio permitem identificar os doentes com suspeita de disfagia (Unoki et al., 2023). Tais métodos devem apresentar elevada validade, fiabilidade, sensibilidade e especificidade e permitir que possam ser facilmente executados à cabeceira, sem a necessidade de equipamento especializado. O instrumento de avaliação recomendado para o doente crítico em UCI, em contexto nacional, é a GUSS-ICU (Sociedade Portuguesa de Medicina Intensiva, 2024). A literatura aponta que a realização do rastreio deve ser feita por profissionais devidamente treinados (Oliveira, 2024; See et al., 2016), o que leva a que o enfermeiro de cuidados gerais possa fazer o rastreio, uma vez que se encontra 24 horas no serviço. Contudo, compete ao EEER realizar formação à equipa de enfermagem de cuidados gerais, por forma a instruir e treinar a utilização deste instrumento. O EEER chamado a intervir sempre que uma avaliação especializada seja necessária, atendendo à pontuação obtida na GUSS-ICU ou perante uma situação em que haja suspeita de deglutição comprometida.

Uma avaliação inicial da morfologia e função da cavidade oral e da faringe, juntamente com um exame neurológico, deve suceder qualquer rastreio (Unoki et al., 2023). A avaliação especializada da deglutição é uma intervenção do EEER. Inicia-se com a anamnese que inclui a história clínica atual e a identificação do problema, antecedentes pessoais e medicação. É fundamental avaliar o estado de consciência e orientação do doente, bem como aspetos como atenção, memória, comportamento, perceção e funções executivas, assegurando a capacidade do doente para seguir instruções durante a avaliação. Este aspeto merece principal destaque atendendo a que o delirium é uma condição frequente em contexto de UCI (Unoki et al., 2023; Weinhouse et al., 2009). Este caracteriza-se por déficits de processamento de pensamento, atenção e memória e flutuação do estado mental, podendo influenciar negativamente a coordenação e a eficácia da deglutição, aumentando o risco de aspiração e outras complicações associadas (Zuercher et al., 2019; Warnecke et al., 2018).

Para continuar a avaliação deve ser garantido que o doente mantém um controlo adequado da cabeça, pescoço e tronco, permitindo adotar uma posição correta. Devem ser avaliados movimentos da cabeça (flexão, extensão, rotação e inclinação lateral). A avaliação da cavidade oral é também essencial, com particular atenção na aparência da mucosa, coloração e o estado de hidratação, halitose, assim como presença e a condição das peças dentárias, garantindo, quando necessário, a realização de cuidados de higiene oral (Direção Geral da Saúde, 2022;

Unoki et al., 2023). A função de deglutição pode ser inferida através da observação do movimento da língua, presença de desvio ou atrofia durante a sua protusão e da elevação do palato. Na análise da qualidade vocal e da articulação de palavras, a presença de disfonia pode sugerir um comprometimento do encerramento glótico, levando à suspeita de paralisia nervosa (González-Fernández et al., 2015). Adicionalmente, a ocorrência de rouquidão húmida pode estar associada à presença de secreções das vias aéreas aderentes às cordas vocais. No entanto, este achado também pode resultar da acumulação de saliva nos seios piriformes ou na valécua ou da penetração na laringe, sendo importante analisar o controlo de saliva e sialorreia.

No contexto da avaliação da deglutição a avaliação da respiração revela-se fundamental, pois existe uma estreita relação entre os dois processos. A coordenação entre a respiração e a deglutição é crucial para prevenir o risco de aspiração, especialmente em doentes neurológicos ou com alterações da função respiratória (Warnecke et al., 2018). A avaliação da função respiratória pressupõe uma abordagem integrada que começa com o exame físico, que compreende as etapas de inspeção, palpação, percussão e auscultação do tórax, permitindo identificar o padrão respiratório, presença de ruídos adventícios, assimetrias na expansibilidade torácica e/ou a utilização dos músculos acessórios (Ordem dos enfermeiros, 2018a). Deve ser também avaliada a capacidade do doente para realizar apneia voluntária e a presença de reflexo de tosse eficaz (Braga, 2016a). Para além da avaliação clínica, é fundamental considerar os parâmetros vitais, nomeadamente a frequência respiratória e a saturação periférica de oxigénio (Ordem dos enfermeiros, 2018a). Importa referir que a evidência existente não consegue comprovar uma associação direta entre a dessaturação periférica de oxigénio e a aspiração, não sendo recomendado o seu uso na deteção da aspiração (Britton et al., 2018).

O estado nutricional também deve ser tido em conta durante a avaliação. Por último, deve ser realizada a avaliação dos pares cranianos envolvidos diretamente no processo de deglutição (Unoki et al., 2023).

A avaliação dos pares cranianos é fundamental na análise da função da deglutição. Os pares cranianos V, VII, XII, IX e X estão diretamente envolvidos nas diferentes fases do processo de engolir (Braga, 2016a). González-Fernández et al. (2015) acrescentam o par craniano I à avaliação da deglutição, considerando-o crucial e presente na fase antecipatória. Esta avaliação permite identificar alterações neuromusculares que possam comprometer a deglutição, fundamentando assim a tomada de decisão do EEER, auxiliando na orientação do diagnóstico, a intervenção terapêutica e a prevenção de complicações.

A avaliação pelo I par craniano (nervo olfativo) tem como principal finalidade testar a função olfativa. O procedimento tem início na avaliação das fossas nasais, garantindo que estas se encontram desobstruídas. O doente é instruído a manter os olhos fechados durante o teste. Em seguida, procede-se à oclusão de uma das narinas, sendo aproximada uma substância com odor familiar e não irritante, como café moído, baunilha, canela ou hortelã. Solicita-se então ao

doente que inspire e identifique o cheiro apresentado. O mesmo procedimento é repetido na narina contralateral. A avaliação deve ser efetuada nas duas narinas, para despistar lesões unilaterais (Fuller, 2021).

Passando à avaliação do V par craniano (nervo trigémeo) esta envolve a observação de vários aspetos relacionados ao movimento e à força da mandíbula. Primeiramente, são analisados os movimentos de depressão e elevação mandibular, ou seja, a capacidade de abrir e fechar a boca de forma simétrica e coordenada. Em seguida, avalia-se a força de encerramento, pedindo ao doente que feche a boca com resistência, permitindo verificar a força dos músculos mastigatórios. Por fim, é importante investigar a presença de disfunção da articulação temporomandibular, observando possíveis ruídos articulares, dor, desvios no movimento mandibular ou limitação da abertura bucal (Braga, 2016a; Fuller, 2021).

Seguindo para a avaliação do VII par craniano (nervo facial) pressupõe a observação de diversos aspetos da motricidade facial. Inicialmente, em repouso, deve ser verificado se existe encerramento completo dos lábios, se há algum desvio da face, bem como sinais de hipotonia ou hipertonia nos músculos faciais. Em seguida, em movimento, pedindo ao doente que realize ações como abrir a boca, retrair os lábios em forma de sorriso e fazer a protusão dos lábios, simulando o gesto de dar um beijo. A avaliação da resistência inclui tarefas como segurar uma espátula entre os lábios ou encher as bochechas de ar. Por fim, testa-se a coordenação através da alternância entre os movimentos de retração e protusão dos lábios (Braga, 2016a; Fuller, 2021).

A avaliação que se segue é do XII par craniano (nervo hipoglosso). Esta centra-se na observação da motricidade da língua, sendo realizada através de diferentes etapas. Em repouso, observa-se a presença de assimetrias, sinais de hipotonia ou hipertonia, bem como tremores que possam indicar alterações neurológicas. Durante os movimentos ativos da língua, avaliam-se a superversão, tanto interna como externa, a infraversão, também interna e externa, a protusão, a lateralização e os movimentos ântero-posteriores, verificando-se a amplitude, simetria e coordenação destes movimentos. Por fim, testa-se a resistência da língua solicitando movimentos contra resistência nos sentidos vertical, lateral e em protusão, com o objetivo de avaliar a força muscular e o controlo motor desta estrutura (Braga, 2016a; Fuller, 2021).

A avaliação dos pares cranianos termina com a avaliação dos IX e X (nervos glossofaríngeo e vago). Esta envolve a observação do palato mole e da úvula, tanto em repouso como durante a fonação. Em repouso, é importante verificar a simetria destas estruturas e observar se existe algum desvio da úvula, o que pode indicar comprometimento neurológico. Durante a fonação, solicita-se ao doente que emita sons como "ahh", permitindo avaliar a simetria do movimento, a elevação adequada do palato mole e a eventual presença de desvio da úvula (Braga, 2016a; Fuller, 2021).

A auscultação cervical também é indicada na avaliação da deglutição. Tal é corroborado pelo

estudo de Jaghbeer et al. (2023) que sugere a auscultação cervical como uma ferramenta útil como complemento ao exame clínico da deglutição, especialmente na avaliação dos sons respiratórios pré e pós-deglutição, embora não substitua a avaliação instrumental. Importa referir que a auscultação cervical pressupõe ouvir e interpretar sons de deglutição e coordenação respiratória com recurso a estetoscópio, e deve ser realizada por profissionais devidamente treinados (Zuercher et al., 2019). Sabe-se que o padrão respiratório de deglutição mais comum é representado por expiração-deglutição-expiração, seguido por inspiração-deglutição-expiração como o segundo padrão mais frequente (Valenzano et al., 2020). Em doentes com disfagia, a coordenação entre a deglutição e a respiração encontra-se comprometida, sendo frequentemente representada por uma inspiração após a deglutição. Esta alteração aumenta o risco de penetração ou aspiração. Além disso, observa-se uma duração mais curta da expiração após a deglutição, quando comparada com sons respiratórios de deglutição saudáveis (Jaghbeer et al., 2023; Valenzano et al., 2020).

O teste de deglutição de volume-viscosidade (volume-viscosity swallowing test) é um teste que utiliza diferentes volumes e viscosidades de substâncias de teste para rastrear a disfagia, detetar aspiração e orientar a implementação de estratégias compensatórias (Dylczyk-Sommer, 2020; Newman et al., 2016). Através do teste de deglutição com diferentes consistências, é possível propor estratégias compensatórias, como a adoção de posições específicas no momento da alimentação, que podem viabilizar a alimentação via oral em segurança (Newman et al., 2016). Durante o teste, é recomendada a monitorização de saturação periférica de oxigénio, sendo que uma diminuição de 3%, na ausência de tosse, pode sugerir a ocorrência de aspiração silenciosa (Dylczyk-Sommer, 2020).

Após a conclusão desta avaliação, o EEER pode avançar para a realização do teste de deglutição, garantido que a pessoa deglute de forma segura. Caso isso não aconteça deve ser sinalizada a equipa médica no sentido de pedir colaboração de um médico especialista em Otorrinolaringologia (ORL) e/ou ponderar a realização da avaliação instrumental da deglutição, com recurso à FEES ou VFD (Troll et al., 2023).

O EEER desempenha um papel preponderante na avaliação e reeducação da deglutição, visando garantir alimentação e hidratação seguras, prevenir complicações e promover a autonomia do doente com deglutição comprometida. Após uma avaliação especializada e diagnóstico, torna-se essencial proceder à planificação dos cuidados de enfermagem de reabilitação direcionados para a reeducação da deglutição. A intervenção no doente com deglutição comprometida consiste em estratégias comportamentais. Estas estratégias englobam abordagens compensatórias e terapêuticas (Bath et al., 2018). A abordagem compensatória tem como objetivo conduzir a intervenção para um padrão de deglutição mais normal possível, garantindo as condições nutricionais e de hidratação, minimizando o risco de aspiração. Tal permitirá obter efeitos a curto prazo. Por outro lado, a abordagem terapêutica tem como objetivo melhorar o processo de deglutição, com recurso a programas de exercícios progressivos que visam

melhorar a motricidade, a sensibilidade, o tempo ou velocidade da deglutição, tendo em vista conquistas a longo prazo (Duncan et al., 2020).

A seleção das intervenções a implementar deve considerar o objetivo e as indicações específicas de cada técnica, os seus detalhes de aplicação e as orientações a transmitir ao doente. É igualmente importante avaliar o impacto que essas técnicas terão no processo de deglutição, compreender os fundamentos teóricos que as sustentam e garantir que estão ajustadas às necessidades e limitações individuais do doente.

Abordagem compensatória

A abordagem compensatória engloba, essencialmente, técnicas posturais, manobras compensatórias de deglutição, modificação da dieta, estimulação sensitiva e higiene oral rigorosa.

As técnicas posturais correspondem a mudanças de postura com o objetivo de modificar a trajetória do bolo alimentar, utilizando a ação da gravidade como facilitadora da deglutição. Estas estratégias incluem a flexão cervical, extensão cervical, rotação da cabeça para o lado afetado, inclinação lateral para o lado são e deitado (Braga, 2016b; Moreira et al., 2021).

Técnicas posturais	
Flexão cervical	A pessoa encosta o queixo ao peito para deglutir, permitindo a proteção da via aérea, sendo uma técnica vantajosa em caso de atraso no reflexo de deglutição ou défice na elevação laríngea. Facilita o controlo do bolo alimentar, minimiza o escape precoce do bolo alimentar para a faringe, o atraso no reflexo da deglutição, a dificuldade de encerramento da via aérea superior e inferior e os resíduos na valécua.
Extensão cervical	A pessoa faz elevação da cabeça para trás, mantendo esta posição na deglutição. O objetivo é facilitar a propulsão do bolo alimentar para a faringe e diminuir os resíduos na valécua. A pessoa deve apresentar uma correta ativação da fase faríngea e bom encerramento da via aérea.
Rotação para o lado lesado	Técnica adotada quando o doente apresenta uma parésia unilateral da faringe ou laringe, ou existe parésia unilateral das cordas vocais. Esta postura promove a adução das cordas vocais, a laringe é encerrada para o lado em que a cabeça está rodada e a condução do bolo alimentar dá-se pelo lado mais funcional da laringe.
Flexão cervical lateral para o lado não lesado	A pessoa é instruída a inclinar a cabeça para o lado não lesado, o que facilita o trânsito do bolo alimentar pelo lado sem compromisso. Técnica utilizada quando há fraqueza muscular unilateral oral ou da faringe.
Decúbito lateral para o lado não lesado	Previne a acumulação de alimentos nas vias aéreas superiores após a deglutição e promove a mobilização eficaz dos alimentos. Técnica adequada a doentes com lesão faríngea ou redução da elevação da laringe.

Adaptado de Braga (2016b) e Moreira et al. (2021).

Tabela 1 - Técnicas posturais utilizadas na reeducação da deglutição

As manobras compensatórias da deglutição consistem em mudanças voluntárias da deglutição executadas pelo doente de forma a permitir efetuar mudanças específicas nas estruturas envolvidas na deglutição. Podem ser realizadas com alimentos (forma direta) ou sem alimentos (forma indireta), sendo que a sua eficácia apenas é avaliada com recurso a avaliação

instrumental (Braga, 2016b; Moreira et al., 2021). De acordo com a literatura analisada, as manobras compensatórias de deglutição serão apresentadas na tabela que se segue.

Manobras compensatórias da deglutição	
Manobra supraglótica	O doente é instruído a realizar uma inspiração profunda, sustar a respiração, engolir e, de forma imediata após a deglutição, tossir. A tosse subsequente ao ato de engolir contribui para a eliminação de possíveis resíduos alimentares que possam ficar nos seios piriformes. Esta técnica é indicada para situações em que há alterações na fase faríngea da deglutição ou quando se verifica um comprometimento no fecho adequado das cordas vocais.
Manobra de Mendelson	O doente deve posicionar os dedos polegar e indicador de forma a segurar suavemente a laringe, elevando-a e mantendo-a no ponto mais alto durante a deglutição. Esta posição deve ser sustentada durante cerca de três segundos antes de permitir que a laringe retorne à sua posição inicial. Tal irá favorecer a abertura do EES, melhorar a elevação da laringe durante a deglutição e prolongar o encerramento da via aérea. Esta técnica é indicada em situações de redução da elevação laríngea e em casos de alterações na abertura do EES.
Manobra de Masako	O doente é instruído a projetar a base da língua para a frente, segurando-a entre os dentes, e realizar a deglutição nessa posição. O objetivo é fortalecer os músculos glossofaríngeos, intensificando a sua capacidade contrátil e promovendo uma maior mobilidade da faringe durante a deglutição. Esta manobra é indicada quando existe uma redução na contração da musculatura faríngea.
Lip pursing	O doente é incentivado a manter os lábios fechados no momento de engolir o bolo alimentar, podendo recorrer ao apoio das mãos para o efeito, com o intuito de assegurar selagem labial completa. Esta estratégia é indicada em situações de hipotonia dos lábios e/ou dificuldade no controlo do bolo alimentar dentro da boca.

Adaptado de Braga (2016b) e Moreira et al. (2021).

Tabela 2 - Manobras compensatórias da deglutição utilizadas na reeducação da deglutição

Outra técnica de intervenção compensatória em pessoas com deglutição comprometida é a modificação da dieta, sendo que esta pode ser transitória. As modificações de consistências, texturas e volumes de líquidos e alimentos tem como objetivo aumentar a percepção do bolo alimentar, a coordenação das diferentes estruturas, favorecendo o trânsito orofaríngeo, reduzindo o risco de aspiração. Quanto às mudanças no volume do bolo alimentar, a ingestão de volumes mais elevados aumenta a percepção do bolo alimentar na cavidade oral, o que favorece

uma deglutição mais célere ao intensificar a estimulação sensitiva (Newman et al., 2016). Ao nível da estimulação sensitiva importa perceber que esta parte do pressuposto de que o aumento da excitabilidade dos centros nervosos influencia os mecanismos corticais da deglutição (Braga, 2016b). No seu estudo Pires et al. (2012) investigaram a influência da consistência dos alimentos no processo de deglutição. Os autores analisaram que os alimentos na consistência líquida estão mais propensos a penetração laríngea e, por sua vez, o aumento da viscosidade dos alimentos reduz a possibilidade de aspiração; no entanto, pode promover um atraso no encerramento laríngeo e na propulsão do bolo alimentar da cavidade oral para a faringe.

A evidência científica também reconhece a estimulação sensitiva com gelo como uma estratégia compensatória no tratamento da disfagia (Cui et al., 2020; Tazawa et al., 2024). Tal é explicado pelo seguinte: o frio, em particular o gelo, pode estimular as fibras nervosas sensoriais, promover a recuperação sensorial e reconstruir redes neurais, além de poder aumentar a sensibilidade das áreas reflexas da deglutição e promover a introdução de impulsos sensoriais antes da deglutição para produzir o reflexo de deglutição e melhorar a função (Cui et al., 2020). Nesta linha de pensamento, o estudo de Tazawa et al. (2024) demonstrou que a aplicação de gelo na cavidade oral contribui para a melhoria da função de deglutição em doentes com disfagia, tendo sido observada uma ativação mais eficaz do reflexo de deglutição e um aumento imediato no número de deglutições após a aplicação do estímulo frio.

Em contexto de internamento em UCI, as recomendações de dieta são dadas de acordo com a pontuação alcançada na GUSS-ICU (Troll et al., 2023). Importa referir que uma consistência mais espessa permite melhorar o tempo entre a fase oral e faríngea, diminuindo o risco de aspiração. Por outro lado, um líquido fino permite reduzir os resíduos que possam ficar nos seios piriformes, com a desvantagem de menor controlo do bolo alimentar e aumento do risco de aspiração. O recurso a espessante alimentar pode ser uma estratégia complementar, uma vez que atenua os défices ao retardar o transporte do bolo alimentar (Braga, 2016b; Moreira et al., 2021).

Quando abordamos a problemática da deglutição comprometida importa salientar a importância de uma higiene oral rigorosa. A higiene oral desempenha um papel fundamental nos cuidados à pessoa, contribuindo para o seu bem-estar, para a perceção do sabor e para a estimulação da produção de saliva, além de ajudar a diminuir o risco de pneumonia associada à colonização bacteriana ou à penetração de microrganismos na via aérea (Ashford, 2024). Em contexto de UCI, está preconizado realizar higiene oral pelo menos 3 vezes por dia, em todos os doentes, cuja permanência ultrapasse as 48 horas de acordo com a norma “Feixe de Intervenções” para a prevenção da pneumonia associada à intubação (Direção-Geral da Saúde, 2022), e também de extrema importância no doente com DCPE.

Abordagem terapêutica

A abordagem terapêutica engloba exercícios de amplitude e fortalecimento muscular e reabilitação respiratória (RR).

Os exercícios de amplitude e fortalecimento muscular têm o objetivo de melhorar a amplitude de movimentos, a força e resistência muscular das estruturas anatómicas envolvidas no processo de deglutição (Braga, 2016b; Moreira et al., 2021) e são enumeradas na tabela seguinte.

Exercícios de amplitude e fortalecimento muscular	
Lábios	Protusão, retração, lateralização, sorrir o máximo possível, abrir a boca o máximo possível e segurar uma espátula entre os lábios. Outros exercícios que podem ser realizados são assobiar, mandar beijinhos, mover os lábios em todas as direções, fazer o sono de estalar da língua e emitir as sílabas “Pá pá pá” fortemente.
Língua	Protusão, retração, pressionar as bochechas com a língua, empurrar a língua contra a espátula e manter alguns segundos e tubular a língua. Executar movimentos circulares, gargarejo, bocejar e produzir os sons “K” ou “G” e imitar as sílabas “Tá tá tá” fortemente.
Mandíbula	Abrir e fechar a boca, fazer movimentos circulares com a mandíbula.
Bochechas	Insuflar bilateral e unilateralmente, movimentos de sucção e soprar.
Úvula	Bochechar e gargarejar.
Palato mole	Soprar e sugar. Emitir as vogais “a” e “ã” com os punhos cerrados.
Mobilidade da laringe	Sugar uma palha com a ponta dobrada, bocejar, protrair a língua o máximo possível, insuflar as bochechas e suste, depois colocar a ponta da língua nos dentes incisivos e elevar o dorso da língua anteriormente.
Músculos supra-hiodes	Exercício Shaker: o doente em posição decúbito dorsal, com os ombros bem apoiados é instruído a fletir o pescoço olhando para os dedos dos pés. Deve suste a posição durante um minuto e descansa, posteriormente, um minuto. O intuito é aumentar a força nos músculos supra-hiodes, reduzindo assim o risco de aspiração.

Adaptado de Braga (2016b) e Moreira et al. (2021).

Tabela 3 - Exercícios de amplitude e fortalecimento muscular na reeducação da deglutição

Importa referir que não foi encontrado consenso para o número de repetições a serem realizadas dos exercícios de amplitude e fortalecimento muscular, contudo tal deve partir do

princípio que estes devem ser ajustados à condição física do doente, tolerância e percepção subjetiva de esforço.

Tendo em consideração que, segundo González-Fernández et al. (2014), o exercício mais eficaz para a reabilitação da deglutição é, precisamente, o próprio ato de deglutir, é relevante destacar as manobras de deglutição forçada e de dupla deglutição como estratégias utilizadas no treino da deglutição. A deglutição forçada consiste em orientar o doente a engolir de forma vigorosa, contraindo de modo intenso os músculos responsáveis pela deglutição, com o objetivo de aumentar a pressão durante o ato de engolir. Esta manobra visa melhorar a propulsão oral do bolo alimentar, aumentar a eficácia da deglutição, proteger as vias respiratórias e compensar a fraqueza na base da língua. É particularmente indicada em situações de sialorreia ou de mobilidade diminuída da parte posterior da língua. Por sua vez, na manobra de dupla deglutição, o doente é instruído a realizar duas deglutições seguidas com a boca fechada, engolindo uma primeira vez e, após cerca de um segundo, engolir novamente. Esta técnica contribui para a eliminação de resíduos alimentares na cavidade oral, reforça a força muscular envolvida na deglutição e melhora a proteção das vias aéreas. É recomendada em casos de dificuldade no controlo do bolo alimentar dentro da boca.

Na pessoa com deglutição comprometida a RR desempenha, igualmente, um papel preventivo relevante, uma vez que, através do treino da musculatura respiratória, é possível potenciar a elevação do osso hioide, diminuir o risco de aspiração e aumentar a eficácia do reflexo da tosse (Skurok et al., 2025). Brooks et al. (2017) no seu estudo concluíram que existe evidência de que o treino da força muscular expiratória pode ser eficaz na melhoria da proteção das vias aéreas em adultos com disfagia. O treino da força muscular expiratória visa aumentar a pressão expiratória ativa, fortalecendo os músculos expiratórios, levando a um aumento e uma ativação prolongada do grupo muscular supra-hióideo. Estes desempenham um papel crucial na elevação do complexo hiolaríngeo e na abertura do EES durante a deglutição, estes movimentos são importantes para a segurança das vias aéreas durante a deglutição e a respiração (Shaw & Martino, 2013). Nas diretrizes de prática clínica para disfagia orofaríngea (Yang et al., 2023) o treino da força muscular expiratória é recomendado para melhorar a função de deglutição, tendo um impacto positivo na qualidade de vida da pessoa.

Na abordagem terapêutica, além do anteriormente mencionado, há referência na literatura a outras técnicas que incluem estimulação magnética transcraniana, estimulação elétrica neuromuscular faríngea e acupuntura (Duncan et al., 2020). Sendo que estas técnicas podem complementar a reabilitação da função de deglutição, como é mencionado por Vasquez et al. (2020) que sugerem o recurso a eletroestimulação neuromuscular em combinação com técnicas compensatórias.

Todas as intervenções realizadas pelo EEER à pessoa com deglutição comprometida objetivam a preparação para uma ingestão oral segura. No entanto, esta reabilitação não implica,

necessariamente, a administração imediata de alimentos por via oral, sendo possível realizar treino e estimulação sem ingestão. Trata-se de um processo gradual e complexo, que exige esforço e concentração por parte do doente, podendo levar a fadiga. Por este motivo, é fundamental a manutenção da SNG como meio de assegurar uma nutrição e hidratação apropriadas (Singer et al., 2023). Quando se prevê a necessidade de alimentação por esta via alternativa por um período superior a 28 dias, deve ser ponderada a colocação de gastrostomia endoscópica percutânea (PEG) (Burgos et al., 2018). Em contexto de internamento, pode haver necessidade de recorrer a alimentação parenteral, para suprir as necessidades calóricas do doente (Rocha & Passos, 2020), em caso de disfagia temporária ou trato digestivo não íntegro, atendendo às recomendações da European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (Burgos et al., 2018).

Sabendo que um elevado número de doentes permanece com SNG após a extubação (Schefold et al., 2017), importa considerar que esta representa um fator de interferência importante no processo de reabilitação, em particular, na realização das manobras compensatórias da deglutição. Tal é explicado pelo fato da SNG atravessar estruturas anatómicas, como a faringe e o EES, podendo comprometer a mobilidade e a coordenação dos movimentos faríngeos e laríngeos. A presença da SNG pode aumentar o risco de penetração ou aspiração durante o ato de engolir, estando associada ao refluxo gastroesofágico (Warnecke et al., 2018). Esta interferência pode traduzir-se numa limitação da eficácia de manobras como a de Mendelson ou a deglutição supraglótica, as quais dependem de uma elevação adequada da laringe e de um encerramento glótico eficaz, essenciais para assegurar a proteção da via aérea e facilitar a abertura do EES. Assim, a decisão de implementar manobras compensatórias deve ser fundamentada numa avaliação criteriosa e, sempre que possível, complementada por exame instrumental, garantindo que a intervenção terapêutica seja ajustada às condições clínicas e anatómicas do doente, promovendo uma reabilitação segura, eficaz e centrada na minimização de riscos.

De um modo geral, os achados da literatura em contexto UCI abordam a premente necessidade de avaliação da deglutição do doente crítico, sobretudo para prevenir e/ou evitar as consequências que advém do compromisso da mesma, enfatizando a criação de protocolos e diretrizes de atuação para implementar na UCI, de forma a contornar a problemática (Azevedo et al., 2023; Oliveira, 2024; See et al., 2016; Unoki et al., 2023). O estudo de See et al. (2016) encoraja a adoção de protocolos que permitam que os enfermeiros de cuidados gerais façam uma avaliação rotineira da deglutição na UCI, havendo antecipadamente a sua capacitação, permitindo assim melhorar os cuidados prestados aos doentes. O que é corroborado por Unoki et al. (2023) que afirmam que o rastreio padronizado da deglutição comprometida em UCI é de extrema importância. A Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2024) aponta a objetivação da deglutição comprometida como crucial, sugerindo a realização de um protocolo específico para a sua avaliação precoce em cada UCI. Também Azevedo et al. (2023) refere que

o rastreio da deglutição, em UCI, especificamente no período pós-extubação é fundamental. Oliveira (2024) com o seu estudo, concluiu que é indispensável a implementação de intervenções de EEER para promoção da função de deglutição e prevenção de complicações, em UCI, para que haja ganhos em saúde.

Contudo, a reabilitação da função deglutição ainda carece de estudo, uma vez que é escassa a evidência da eficácia das intervenções, sobretudo em contexto UCI (Unoki et al., 2023). O mesmo é referido por Duncan et al. (2020) que concluíram que há evidências limitadas sobre a eficácia da reabilitação de deglutição comprometida no contexto UCI, reforçando a necessidade de ensaios clínicos que produzam resultados consistentes. De referir que a maior parte da literatura, tendo por base a reabilitação da função deglutição no doente com deglutição comprometida, aborda o doente do foro neurológico, maioritariamente, o doente com diagnóstico de acidente vascular cerebral.

A intervenção do EERR na ótica dos Referenciais Teóricos de Enfermagem

Os referenciais teóricos de Enfermagem, ao servirem de orientação para a prática clínica, assumem um papel particularmente relevante quando associadas à produção de conhecimento científico. A relação da prática dos cuidados com os referenciais teóricos permite inferir numa visão abrangente e numa abordagem holística à pessoa em situação crítica, do ponto de vista da intervenção do EEER.

Nesta lógica, sentimos a necessidade de conduzir a linha orientadora da prática de cuidados apoiada na Teoria das Transições, de Afaf Meleis (Meleis, 2010), e na Teoria de Enfermagem do Défice de Autocuidado, de Dorothea Orem (Orem, 2001).

Dorothea Orem defende que cada indivíduo possui a capacidade de cuidar de si próprio, sendo responsabilidade do enfermeiro promover e otimizar essa capacidade funcional, de forma a potenciar o desempenho e o desenvolvimento pessoal do doente. A Teoria de Enfermagem do Défice de Autocuidado (TEDA) engloba três teorias que se correlacionam. A teoria do autocuidado analisa a destreza e a habilidade de uma pessoa cuidar de si própria. Por sua vez, a teoria do défice do autocuidado, explica a necessidade das pessoas de cuidados de enfermagem. É o elemento central da TEDA. Por último, a teoria dos sistemas de enfermagem demonstra de que forma o enfermeiro através da sua intervenção e a própria pessoa podem dar resposta às necessidades do autocuidado (Orem, 2001; Petronilho & Machado, 2016).

A Teoria do Autocuidado, que aponta para a capacidade da pessoa dar resposta ao seu autocuidado compreende quatro domínios: cognitivo – conhecimento do seu momento de saúde em vigência e capacidade cognitiva para a realização do autocuidado; físico – habilidade física para a realização do autocuidado; emocional – desejo, motivação e conceção da competência

para realizar o autocuidado e, por último, comportamento – competência para executar ações comportamentais do autocuidado (Orem, 2001; Petronilho & Machado, 2016).

A Teoria do Défice do Autocuidado identifica cinco métodos de ajuda: a) agir ou fazer pela pessoa, b) guiar e orientar, c) proporcionar apoio físico e psicológico, d) proporcionar e manter um ambiente que promova o desenvolvimento pessoal, e) ensinar. Nesta linha de pensamento, quando as necessidades da pessoa se sobrepõem às capacidades da mesma, surge o défice de autocuidado (Orem, 2001; Petronilho & Machado, 2016).

Na teoria dos sistemas de enfermagem, o sistema é contemplado pelo enfermeiro e é baseado nas necessidades e capacidades da pessoa para o desempenho do seu autocuidado (Queirós et al., 2014). Nesta teoria, são reconhecidos três sistemas de enfermagem: o sistema totalmente compensatório – a pessoa não se consegue envolver no seu autocuidado e está dependente de outros; o sistema parcialmente compensatório – o enfermeiro compensa as limitações da pessoa na satisfação do seu autocuidado e, por fim, o sistema de apoio/educação – o enfermeiro apenas orienta e instrui face à capacidade da pessoa para o autocuidado (Orem, 2001; Petronilho & Machado, 2016).

Assim sendo, optámos por esta teoria visto que ao lidar com um doente frágil com compromisso na deglutição, alinha-se diretamente na função do EEER através dos princípios propostos pela teórica. Ao identificar déficits no autocuidado, o EEER elabora um plano de intervenção considerando as necessidades detetadas, emprega os métodos de assistência apropriados e adota práticas adequadas de enfermagem avançada na sua conceção, com o objetivo principal de promover o autocuidado e restaurar a autonomia do doente.

Por outro lado, a Teoria das Transições, desenvolvida por Afaf Meleis, procura compreender e apoiar as pessoas em momentos de mudança significativa na sua vida ou estado de saúde (Petronilho & Machado, 2016). A Teoria das Transições aborda a natureza das transições, ao englobar os tipos: saúde-doença, situacional, de desenvolvimento e organizacional; os padrões: único, múltiplo, sequencial, simultâneo, relacionado ou não relacionado; e, por fim, as propriedades das mesmas: consciencialização, envolvimento, mudança e diferença, tempo de transição, pontos críticos e eventos. Em simultâneo, considera os fatores facilitadores e inibidores, que podem ser pessoais – significados, crenças culturais e atitudes, status socioeconómico e preparação e conhecimento, ou até derivados da comunidade e/ou sociedade na qual estamos inseridos. Por último, examina os padrões de resposta, que se dividem em padrões de processo e resultado e culminam na prática de intervenções de enfermagem, terapêuticas e preventivas (Smith & Parker, 2015). As transições surgem como consequência das mudanças na vida, saúde, relacionamentos e ambientes. É um processo único, complexo e multidimensional cujo significado diverge perante a perceção de cada doente (Meleis, 2010).

De acordo com a teórica, a transição é entendida como um processo de mudança com ponto de partida num período de solidez e estabilidade no qual surge uma alteração. Por isso, as

transições são dinâmicas e marcam momentos de mudança, podendo ser analisadas tanto por meio do processo quanto pelos resultados finais (Meleis, 2010).

A Teoria das Transições de Afaf Meleis constitui uma estrutura conceptual valiosa para compreender o processo experienciado por doentes internados em UCI (Ramsay et al., 2014). O internamento em UCI representa uma transição crítica, caracterizada por uma descontinuidade no estado de saúde, elevada dependência de tecnologia e de uma equipa multidisciplinar, bem como pela rutura com o ambiente familiar. Estes fatores geram incerteza e vulnerabilidade, configurando uma transição complexa no domínio saúde-doença, onde o EEER assume um papel essencial na facilitação da adaptação do doente ao novo estado e na promoção do seu bem-estar físico e emocional (Ramsay et al., 2014).

A aplicação desta teoria no contexto dos cuidados intensivos permite ao EEER identificar indicadores de uma transição saudável ou não saudável, tais como ansiedade, medo, dificuldades na comunicação ou aceitação do processo de reabilitação. A teoria enfatiza ainda a importância de um cuidado centrado na pessoa, reconhecendo o doente como agente ativo no seu processo de recuperação, mesmo em situações de elevada dependência (Meleis, 2010). Desta forma, a Teoria das Transições oferece um referencial teórico robusto para orientar práticas de enfermagem mais humanas, integradoras e ajustadas às necessidades da pessoa em situação crítica.

Concluimos com a noção de que a relevância de uma teoria de enfermagem reside na sua capacidade de contribuir para o desenvolvimento da enfermagem enquanto ciência humana de carácter prático. A compreensão aprofundada da natureza do ser humano, da sua relação com o meio envolvente e das implicações dessa interação na saúde individual e coletiva constitui uma base essencial para orientar a prática clínica (Queirós et al., 2014). Esta compreensão, na ótica do EEER, permite delinear intervenções mais eficazes, promovendo a saúde e o bem-estar das pessoas.

Nos subcapítulos que se seguem será dada continuidade à descrição do estudo de caso 1. Abordaremos a medicação instituída, os procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica, os domínios seleccionados e a sua ligação com o caso, a conceção de cuidados e a síntese relativa ao caso.

3.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 50 anos | Feminino

3.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2025-01-07 09:00:00	Levotiroxina 25 µg, via oral, às 7h	
2025-01-07 09:00:00	Pantoprazol 40mg, via endovenosa, às 7h	
2025-01-07 09:00:00	Fluoxetina 20mg, via oral, às 9h	
2025-01-07 09:00:00	Metamizol de magnésio 2gr, via endovenosa, em SOS	
2025-01-07 09:00:00	Paracetamol 1gr, via endovenosa, em SOS	

3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

A Fluoxetina sendo um antidepressivo, ao contrariando o humor deprimido, proporcionando a estabilização do humor da doente. Consequentemente, vai aumentar a predisposição da doente em aceitar os cuidados de enfermagem de reabilitação planeados e colaborar na implementação dos mesmos.

3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Atitudes terapêuticas

07-01-2025 09:00

07-01-2025 09:00 - Oxigenoterapia

07-01-2025 09:00 - FiO2: 35 %.

09-01-2025 09:00 - Débito de oxigénio: 2.00 L/min.

07-01-2025 09:00 - Assegurar oxigenoterapia

07-01-2025 09:00 - Manter oxigenoterapia

Sondas, Drenos e Cateteres

07-01-2025 09:00

07-01-2025 09:00 - Sonda de oxigénio

07-01-2025 09:00 - Características do dispositivo: Máscara de Venturi.

09-01-2025 09:00 - Características do dispositivo: Óculos nasais.

07-01-2025 09:00 - Assegurar funcionamento da sonda

07-01-2025 09:00 - Otimizar sonda de oxigénio

07-01-2025 09:00 - Sonda gástrica [RESOLVIDO] 09-01-2025 09:00

07-01-2025 09:00 - Propósito terapêutico da sonda gástrica: administração de líquidos.

07-01-2025 09:00 - Nível de inserção da sonda gástrica

07-01-2025 09:00 - Nariz Direita(o): 57.00 cm.

07-01-2025 09:00 - Assegurar funcionamento da sonda [FIM] 09-01-2025 09:00

07-01-2025 09:00 - Otimizar sonda gástrica [FIM] 09-01-2025 09:00

07-01-2025 09:00 - Determinar sinais de complicações relacionadas com a sonda gástrica [FIM] 09-01-2025 09:00

07-01-2025 09:00 - Avaliar evolução do nível de inserção da sonda gástrica [FIM]

09-01-2025 09:00

07-01-2025 09:00 - Prevenir complicações relacionadas com sonda gástrica [FIM] 09-01-2025 09:00

07-01-2025 09:00 - Executar tratamento ao local de inserção da sonda gástrica [FIM] 09-01-2025 09:00

07-01-2025 09:00 - Cateter venoso periférico

07-01-2025 09:00 - Localização do cateter venoso periférico

07-01-2025 09:00 - Antebraço Direita(o)

07-01-2025 09:00 - Ausência de dor.

07-01-2025 09:00 - Ausência de calor.

07-01-2025 09:00 - Ausência de rubor.

07-01-2025 09:00 - Ausência de tumefação.

07-01-2025 09:00 - Ausência de exsudado.

07-01-2025 09:00 - Ausência de infiltração.

07-01-2025 09:00 - Características do dispositivo: nº 20G.

07-01-2025 09:00 - Prevenir complicações relacionadas com cateter venoso periférico

07-01-2025 09:00 - Executar tratamento ao local de inserção do cateter venoso periférico

07-01-2025 09:00 - Trocar cateter venoso periférico

07-01-2025 09:00 - Cateter arterial [RESOLVIDO] 09-01-2025 09:00

07-01-2025 09:00 - Localização do cateter arterial

07-01-2025 09:00 - Membro superior Direita(o)

07-01-2025 09:00 - Características do dispositivo: Radial.

07-01-2025 09:00 - Assegurar funcionamento do cateter [FIM] 09-01-2025 09:00

07-01-2025 09:00 - Otimizar cateter arterial [FIM] 09-01-2025 09:00

07-01-2025 09:00 - Prevenir complicações relacionadas com cateter arterial

[FIM] 09-01-2025 09:00

07-01-2025 09:00 - Executar tratamento ao local de inserção do cateter arterial

[FIM] 09-01-2025 09:00

3.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.

Ao EEER importa atender ao controlo analítico e imagiológico do doente, previamente à sua abordagem. Deste modo, analisar e interpretar os valores de gasometria e as imagens da radiografia do tórax é fundamental para a avaliação da função respiratória, que por sua vez determina a trajetória escolhida para os exercícios de RR a implementar (Ordem dos Enfermeiros, 2018a). Igualmente importante é o valor de hemoglobina, importa saber o valor para a reeducação funcional motora (RFM), sobretudo para os treinos de verticalização e levante. Uma vez que a hemoglobina transporta o oxigénio para as células é essencial estar dentro dos valores de referência, pois vai impactar o rendimento do doente no treino de força muscular (Liguori et al., 2021).

3.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
07-01-2025 09:00	Força muscular	
07-01-2025 09:00	Equilíbrio dinâmico	
07-01-2025 09:00	Sistema respiratório	
07-01-2025 09:00	Sistema cardiovascular	
07-01-2025 09:00	Deglutição	
07-01-2025 09:00	Transferir-se	
07-01-2025 09:00	Cuidar da higiene pessoal	
07-01-2025 09:00	Andar	
07-01-2025 09:00	Alimentar-se	
07-01-2025 09:00	Atitudes terapêuticas	
07-01-2025 09:00	Sondas, Drenos e Cateteres	
07-01-2025 09:00	Virar-se	
07-01-2025 09:00	Erguer-se	
07-01-2025 09:00	Sentar-se	

3.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico

Força muscular

A avaliação da força muscular, recorrendo à escala do Medical Research Council (MRC) é fundamental para a definição de objetivos no plano de reabilitação. Em contexto UCI, ao utilizar a MRC-SS conseguimos identificar a presença de FMACI. Sendo que, de acordo com a pontuação obtida esta está presente quando a pontuação total do MRC-SS é inferior a 48. Pode ser dividida em fraqueza muscular significativa (pontuação total do MRC-SS 36 a 48) ou fraqueza muscular severa (pontuação total do MRC-SS inferior a 36) (Hermans et al., 2012).

Assim, este domínio é crucial quando correlacionado com a FMACI, uma condição frequente nos doentes em UCI, tendo sido explanada no enquadramento teórico.

Equilíbrio dinâmico

O equilíbrio dinâmico corresponde à capacidade do corpo para manter a estabilidade durante a realização de movimentos, ajustando-se a alterações do meio envolvente, bem como à manutenção da posição vertical mesmo quando o centro de gravidade e a base de sustentação estão em movimento (Garcia et al., 2019).

A doença crítica, provavelmente como consequência da resposta inflamatória sistémica, afeta, entre outros, os sistemas neuromuscular e musculoesquelético. Invariavelmente, acaba por provocar alterações no controlo postural e no equilíbrio (Bartolomeu & Rodrigues, 2021).

Evidências clínicas recentes demonstram uma forte correlação entre a fraqueza muscular e o défice de equilíbrio em sobreviventes de doença crítica. Egger et al. (2024) no seu estudo concluíram que a força muscular foi um dos principais fatores que influenciaram o equilíbrio, a par da cognição e da polineuromiopatia do doente crítico. Embora se tenha verificado melhoria durante a reabilitação, muitos doentes continuaram a apresentar alterações do equilíbrio na alta (Egger et al., 2024).

Sistema respiratório

Um quadro de pneumonia bilateral por COVID-19, atendendo à sua gravidade, compromete a ventilação, sendo que, em determinados casos é necessário recorrer à VMI para o devido tratamento (Protić et al., 2023). A VMI tem como objetivo melhorar a função pulmonar doente, promover trocas gasosas adequadas, manter os alvéolos recrutados, minimizar o risco de lesões pulmonares e assegurar a estabilidade hemodinâmica (Bartolomeu & Rodrigues, 2021). Posto isto, e associando ao previamente descrito no enquadramento teórico, considera-se relevante a presença do domínio ventilação.

Sistema cardiovascular

Uma vez que o estudo de caso se dá em contexto de UCI, importa nomear este domínio para sustentar a monitorização contínua da doente. A monitorização na UCI reveste-se de particular importância, dado o carácter instável e imprevisível do estado clínico dos doentes. Esta permite a deteção precoce de alterações fisiológicas significativas, possibilitando uma resposta célere e eficaz por parte da equipa de saúde (Urden et al., 2021), na qual se engloba o EEER. A monitorização contínua permite uma avaliação rigorosa da resposta do doente às intervenções terapêuticas instituídas, facilitando o ajustamento de fármacos vasoativos, ventilação mecânica ou outras formas de suporte vital (Alves & Sampaio, 2020). Quando falamos em intervenções terapêuticas instituídas englobamos aqui a intervenção do EEER, daí a importância de este ser detentor de um corpo de conhecimentos também na área do doente crítico, quando desenvolve a sua prática nesse contexto (Prazeres et al., 2021).

A monitorização contínua do doente crítico orientada por dados em tempo real melhora a tomada de decisão clínica, promovendo uma prática baseada na evidência e centrada na segurança do doente (Alves & Sampaio, 2020; Urden et al., 2021).

Deglutição

O compromisso da deglutição é uma condição comum em doentes internados em UCI, particularmente, no período pós-extubação (See et al., 2016). Considerando o estudo de caso e a temática central do presente relatório – a intervenção do EEER ao doente crítico com compromisso da deglutição – explica-se o presente domínio. No enquadramento teórico do estudo de caso é descrita a evidência científica que sustenta a problemática e justifica a pertinência da mesma.

Autocuidado, que engloba cuidar da higiene corporal, alimentar-se, virar-se, erguer-se, sentar-se, transferir-se e andar

Tendo por base os padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação (Ordem dos Enfermeiros, 2018b), o autocuidado e a readaptação funcional são dois dos enunciados descritivos que o EEER deve ter sempre presente na sua praxis.

A pessoa em situação crítica, internada em UCI, encontra-se frequentemente numa condição de dependência total no que concerne ao autocuidado, resultante da sua condição clínica aguda e das limitações físicas, cognitivas ou psicológicas associadas. Esta dependência manifesta-se na incapacidade de realizar, de forma autónoma, atividades humanas básicas como higiene corporal, alimentação, eliminação ou mobilização.

Neste contexto, o doente crítico enquadra-se no conceito de pessoa com necessidades especiais ou atividade limitada, uma vez que se encontra temporariamente impossibilitado de executar, sem ajuda, tarefas essenciais à sua sobrevivência e bem-estar. Esta limitação decorre não apenas da gravidade da doença, mas também dos efeitos cumulativos da imobilidade, fármacos, VMI, delirium ou FMACI.

A promoção do autocuidado torna-se, assim, um dos objetivos da intervenção de EEER, neste contexto, cuja abordagem visa recuperar e potenciar a funcionalidade da pessoa, respeitando os seus limites e capacidades. A intervenção precoce do EEER é fundamental para prevenir complicações associadas à imobilidade e estimular a participação ativa da pessoa no autocuidado, proporcionando condições para a transição progressiva da dependência para a autonomia.

3.6. Conceção de Cuidados

Força muscular

07-01-2025 09:00

07-01-2025 09:00 - Força - contração muscular

07-01-2025 09:00 - Membro superior Direita(o): movimento ativo contra a gravidade, mas não contra a resistência.

07-01-2025 09:00 - Membro superior Esquerda(o): movimento ativo contra a gravidade, mas não contra a resistência.

07-01-2025 09:00 - Membro inferior Direita(o): movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência.

07-01-2025 09:00 - Membro inferior Esquerda(o): movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência.

07-01-2025 09:00 - Paresia

07-01-2025 09:00 - Determinar evolução da força muscular

07-01-2025 09:00 - Avaliar evolução da força - contração muscular (Membro superior Direita(o), Membro superior Esquerda(o), Membro inferior Direita(o), Membro inferior Esquerda(o))

07-01-2025 09:00 - Melhorar força muscular

07-01-2025 09:00 - Executar técnica de exercício músculo-articular ativo-assistido (Membro superior Direita(o), Membro superior Esquerda(o), Membro inferior Direita(o), Membro inferior Esquerda(o))

07-01-2025 09:00 - Executar técnica de exercício músculo-articular ativo-resistido (Membro superior Direita(o), Membro superior Esquerda(o), Membro inferior

Direita(o), Membro inferior Esquerda(o))

09-01-2025 09:00

09-01-2025 09:00 - Força - contração muscular

09-01-2025 09:00 - Membro superior Direita(o): movimento ativo contra a gravidade, mas não contra a resistência [MANTEVE].

09-01-2025 09:00 - Membro superior Esquerda(o): movimento ativo contra a gravidade, mas não contra a resistência [MANTEVE].

09-01-2025 09:00 - Membro inferior Direita(o): movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência [MANTEVE].

09-01-2025 09:00 - Membro inferior Esquerda(o): movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência [MANTEVE].

Equilíbrio dinâmico

07-01-2025 09:00

07-01-2025 09:00 - Controlo postural em movimento: Instabilidade ao levantar-se, transferir-se ou virar-se.

07-01-2025 09:00 - Equilíbrio dinâmico comprometido

07-01-2025 09:00 - Determinar evolução do equilíbrio dinâmico

07-01-2025 09:00 - Avaliar evolução do equilíbrio dinâmico

07-01-2025 09:00 - Melhorar equilíbrio dinâmico

07-01-2025 09:00 - Executar técnica de treino do equilíbrio dinâmico

07-01-2025 09:00 - Assistir no treino do equilíbrio

07-01-2025 09:00 - Prevenir queda

07-01-2025 09:00 - Adequar o vestuário para prevenir queda

07-01-2025 09:00 - Gerir o ambiente físico para prevenir queda

07-01-2025 09:00 - Promover adesão: treino do equilíbrio dinâmico

07-01-2025 09:00 - Capacidade para treinar o equilíbrio: facilitadora.

07-01-2025 09:00 - Consciencialização da relação entre os exercícios de controlo postural e o equilíbrio: facilitadora.

07-01-2025 09:00 - Autoeficácia para treinar o equilíbrio: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

07-01-2025 09:00 - Significado atribuído ao treino do equilíbrio: não dificultador.

07-01-2025 09:00 - Potencial para melhorar autoeficácia para treinar o equilíbrio

07-01-2025 09:00 - Avaliar evolução da adesão ao treino do equilíbrio dinâmico

09-01-2025 09:00

09-01-2025 09:00 - Controlo postural em movimento: Instabilidade ao levantar-se, transferir-se ou virar-se [MANTEVE].

Sistema respiratório

07-01-2025 09:00

07-01-2025 09:00 - Frequência respiratória: 18 ciclos/min.

07-01-2025 09:00 - Ritmo respiratório regular.

07-01-2025 09:00 - Movimento respiratório simétrico.

07-01-2025 09:00 - Profundidade da ventilação: inspirações normais.

07-01-2025 09:00 - Não utiliza os músculos acessórios da ventilação.

07-01-2025 09:00 - Sem adejo nasal.

07-01-2025 09:00 - Saturação do oxigénio no sangue

07-01-2025 09:00 - Periférico(a): 99 %.

07-01-2025 09:00 - Coloração da mucosa: rosada.

07-01-2025 09:00 - Comunica falta de ar ao realizar atividades que exigem grande esforço físico.

07-01-2025 09:00 - Dispneia

07-01-2025 09:00 - Determinar evolução da dispneia

07-01-2025 09:00 - Avaliar evolução da dispneia

09-01-2025 09:00 - Melhorar ventilação

09-01-2025 09:00 - Executar exercícios de controlo respiratório

09-01-2025 09:00 - Executar técnica de reexpansão torácica

09-01-2025 09:00 - Executar técnica respiratória abdómino-diafragmática

09-01-2025 09:00 - Posicionar para otimizar a ventilação

07-01-2025 09:00 - Ventilação comprometida [RESOLVIDO] 09-01-2025 09:00

07-01-2025 09:00 - Determinar evolução da ventilação [FIM] 09-01-2025 09:00

07-01-2025 09:00 - Avaliar evolução da ventilação [FIM] 09-01-2025 09:00

07-01-2025 09:00 - Melhorar ventilação [FIM] 09-01-2025 09:00

07-01-2025 09:00 - Posicionar para otimizar a ventilação [FIM] 09-01-2025 09:00

07-01-2025 09:00 - Executar exercícios de controlo respiratório [FIM] 09-01-2025 09:00

07-01-2025 09:00 - Executar técnica de reexpansão torácica [FIM] 09-01-2025 09:00

07-01-2025 09:00 - Executar técnica respiratória abdómino-diafragmática [FIM] 09-01-2025 09:00

09-01-2025 09:00

09-01-2025 09:00 - Frequência respiratória: 19 ciclos/min.

09-01-2025 09:00 - Ritmo respiratório regular [MANTEVE].

09-01-2025 09:00 - Movimento respiratório simétrico [MANTEVE].

09-01-2025 09:00 - Profundidade da ventilação: inspirações normais [MANTEVE].

09-01-2025 09:00 - Não utiliza os músculos acessórios da ventilação [MANTEVE].

09-01-2025 09:00 - Sem adejo nasal.

09-01-2025 09:00 - Saturação do oxigénio no sangue

09-01-2025 09:00 - Periférico(a): 99 %.

09-01-2025 09:00 - Coloração da mucosa: rosada.

09-01-2025 09:00 - Comunica falta de ar ao realizar atividades que exigem grande esforço físico [MANTEVE].

Sistema cardiovascular

07-01-2025 09:00

07-01-2025 09:00 - Localização do Pulso

07-01-2025 09:00 - Tórax

07-01-2025 09:00 - Frequência do pulso: 65 pulsações por minuto.

07-01-2025 09:00 - Pulso de amplitude mediana e regular.

07-01-2025 09:00 - Pulso rítmico.

07-01-2025 09:00 - Pulso simétrico.

07-01-2025 09:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea

07-01-2025 09:00 - Artéria Central

07-01-2025 09:00 - Pressão sanguínea sistólica: 121 mmHg.

07-01-2025 09:00 - Pressão sanguínea diastólica: 79 mmHg.

07-01-2025 09:00 - Temperatura das extremidades

07-01-2025 09:00 - Membro inferior Direita(o): Temperatura das extremidades normal.

07-01-2025 09:00 - Membro inferior Esquerda(o): Temperatura das extremidades normal.

07-01-2025 09:00 - Membro superior Direita(o): Temperatura das extremidades normal.

07-01-2025 09:00 - Membro superior Esquerda(o): Temperatura das extremidades normal.

07-01-2025 09:00 - Tempo de preenchimento capilar: 1 segundos.

07-01-2025 09:00 - Determinar evolução do ritmo cardíaco

07-01-2025 09:00 - Avaliar evolução de sinais de arritmia

09-01-2025 09:00

09-01-2025 09:00 - Localização do Pulso

09-01-2025 09:00 - Tórax

09-01-2025 09:00 - Frequência do pulso: 66 pulsações por minuto.

09-01-2025 09:00 - Pulso de amplitude mediana e regular.

09-01-2025 09:00 - Pulso rítmico.

09-01-2025 09:00 - Pulso simétrico.

09-01-2025 09:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea

09-01-2025 09:00 - Artéria Central

09-01-2025 09:00 - Pressão sanguínea sistólica: 122 mmHg.

09-01-2025 09:00 - Pressão sanguínea diastólica: 80 mmHg.

09-01-2025 09:00 - Temperatura das extremidades

09-01-2025 09:00 - Membro inferior Direita(o): Temperatura das extremidades normal [MANTEVE].

09-01-2025 09:00 - Membro inferior Esquerda(o): Temperatura das extremidades normal [MANTEVE].

09-01-2025 09:00 - Membro superior Direita(o): Temperatura das extremidades normal [MANTEVE].

09-01-2025 09:00 - Membro superior Esquerda(o): Temperatura das extremidades normal [MANTEVE].

09-01-2025 09:00 - Tempo de preenchimento capilar: 1 segundos.

Deglutição

07-01-2025 09:00

07-01-2025 09:00 - Com indícios de compromisso da deglutição.

07-01-2025 09:00 - Deglutição comprometida

07-01-2025 09:00 - Alteração da voz após a deglutição.

09-01-2025 09:00 - Alteração da voz após a deglutição.

07-01-2025 09:00 - Determinar evolução da deglutição

07-01-2025 09:00 - Avaliar evolução da deglutição

07-01-2025 09:00 - Prevenir aspiração

07-01-2025 09:00 - Planear dieta

07-01-2025 09:00 - Posicionar durante a refeição para facilitar a deglutição

07-01-2025 09:00 - Alimentar através de sonda gástrica [FIM] 09-01-2025 09:00

07-01-2025 09:00 - Posicionar para prevenir a aspiração

07-01-2025 09:00 - Treino da deglutição de forma direta

09-01-2025 09:00

09-01-2025 09:00 - Com indícios de compromisso da deglutição [MANTEVE].

Virar-se

07-01-2025 09:00

07-01-2025 09:00 - Capaz de mudar de posição na cama

07-01-2025 09:00 - inicia o movimento de rodar o corpo de um lado para o outro na cama, mas não o termina posicionando-se.

07-01-2025 09:00 - Virar-se comprometido [RESOLVIDO] 09-01-2025 09:00

07-01-2025 09:00 - Determinar evolução do virar-se [FIM] 09-01-2025 09:00

07-01-2025 09:00 - Avaliar evolução do virar-se [FIM] 09-01-2025 09:00

07-01-2025 09:00 - Assegurar atividades de virar-se [FIM] 09-01-2025 09:00

07-01-2025 09:00 - Assistir no virar-se [FIM] 09-01-2025 09:00

07-01-2025 09:00 - Promover autonomia para virar-se [FIM] 09-01-2025 09:00

07-01-2025 09:00 - Consciencialização sobre compromisso no virar-se: facilitadora.

07-01-2025 09:00 - Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para virar-se

07-01-2025 09:00 - Dispositivo: Grades da cama - facilitadora.

07-01-2025 09:00 - Avaliar evolução da autonomia para virar-se [FIM] 09-01-2025 09:00

09-01-2025 09:00

09-01-2025 09:00 - Capaz de mudar de posição na cama

09-01-2025 09:00 - inicia o movimento de rodar o corpo de um lado para o outro na cama e termina-o posicionando-se.

Erguer-se

07-01-2025 09:00

07-01-2025 09:00 - Capaz de mobilizar o corpo para a posição vertical

07-01-2025 09:00 - Inicia o movimento de levantar o corpo para a posição de pé, mas não o completa com sucesso.

07-01-2025 09:00 - Erguer-se comprometido

07-01-2025 09:00 - Assegurar atividades de erguer-se

07-01-2025 09:00 - Assistir no erguer-se

07-01-2025 09:00 - Prevenir queda

07-01-2025 09:00 - Gerir o ambiente físico para prevenir queda

07-01-2025 09:00 - Promover autonomia para erguer-se

07-01-2025 09:00 - Consciencialização sobre compromisso no erguer-se: facilitadora.

09-01-2025 09:00 - Consciencialização sobre compromisso no erguer-se: facilitadora [MANTEVE].

07-01-2025 09:00 - Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a

autonomia para erguer-se

07-01-2025 09:00 - Dispositivo: Barra de apoio - facilitadora.

09-01-2025 09:00 - Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para erguer-se

09-01-2025 09:00 - Dispositivo: Barra de apoio - facilitadora [MANTEVE].

09-01-2025 09:00 - Capacidade para erguer-se

09-01-2025 09:00 - Dispositivo: Barra de apoio - facilitadora.

09-01-2025 09:00 - Autoeficácia para erguer-se

09-01-2025 09:00 - Dispositivo: Barra de apoio - facilitadora.

07-01-2025 09:00 - *Avaliar evolução da autonomia para erguer-se*

09-01-2025 09:00

09-01-2025 09:00 - Capaz de mobilizar o corpo para a posição vertical

09-01-2025 09:00 - Levanta o corpo para a posição de pé com insegurança.

Transferir-se

07-01-2025 09:00

07-01-2025 09:00 - Capaz de mobilizar o corpo entre superfícies próximas

07-01-2025 09:00 - mobiliza-se entre duas superfícies próximas de forma insegura e lentificada.

07-01-2025 09:00 - Transferir-se comprometido

07-01-2025 09:00 - Determinar evolução do transferir-se

07-01-2025 09:00 - *Avaliar evolução do transferir-se*

07-01-2025 09:00 - Assegurar atividades de transferir-se

07-01-2025 09:00 - *Assistir no transferir-se*

07-01-2025 09:00 - Prevenir queda

07-01-2025 09:00 - Promover autonomia para transferir-se

07-01-2025 09:00 - Consciencialização sobre compromisso no transferir-se: facilitadora.

09-01-2025 09:00 - Consciencialização sobre compromisso no transferir-se: facilitadora [MANTEVE].

07-01-2025 09:00 - *Avaliar evolução da autonomia para transferir-se*

09-01-2025 09:00

09-01-2025 09:00 - Capaz de mobilizar o corpo entre superfícies próximas

09-01-2025 09:00 - mobiliza-se entre duas superfícies próximas de forma insegura e lentificada.

Sentar-se

07-01-2025 09:00

07-01-2025 09:00 - Capaz de mobilizar o corpo da posição de deitado para a posição de sentado

07-01-2025 09:00 - inicia o movimento, mas não o consegue completar.

07-01-2025 09:00 - Capaz de mobilizar o corpo da posição de pé para a posição de sentado

07-01-2025 09:00 - inicia o movimento, mas não o consegue completar.

07-01-2025 09:00 - Sentar-se comprometido

07-01-2025 09:00 - Determinar evolução do sentar-se

07-01-2025 09:00 - *Avaliar evolução no sentar-se*

07-01-2025 09:00 - Assegurar atividades de sentar-se

07-01-2025 09:00 - Assistir no sentar-se

07-01-2025 09:00 - Prevenir queda

07-01-2025 09:00 - Gerir o ambiente físico para prevenir queda

07-01-2025 09:00 - Promover autonomia para sentar-se

07-01-2025 09:00 - Consciencialização sobre compromisso no sentar-se: facilitadora.

09-01-2025 09:00 - Consciencialização sobre compromisso no sentar-se: facilitadora [MANTEVE].

07-01-2025 09:00 - Avaliar evolução da autonomia para sentar-se

09-01-2025 09:00

09-01-2025 09:00 - Capaz de mobilizar o corpo da posição de deitado para a posição de sentado

09-01-2025 09:00 - inicia o movimento, mas não o consegue completar [MANTEVE].

09-01-2025 09:00 - Capaz de mobilizar o corpo da posição de pé para a posição de sentado

09-01-2025 09:00 - inicia o movimento, mas não o consegue completar [MANTEVE].

Cuidar da higiene pessoal

07-01-2025 09:00

07-01-2025 09:00 - Não lava a cavidade oral.

07-01-2025 09:00 - Aplica produtos de higiene.

07-01-2025 09:00 - Cuidar da higiene pessoal comprometido

07-01-2025 09:00 - Determinar evolução do cuidar da higiene pessoal

07-01-2025 09:00 - Avaliar evolução do cuidar da higiene pessoal

07-01-2025 09:00 - Assegurar atividades de higiene pessoal

07-01-2025 09:00 - Lavar cavidade oral [FIM] 09-01-2025 09:00

07-01-2025 09:00 - Promover autonomia para cuidar da higiene pessoal

07-01-2025 09:00 - Consciencialização sobre compromisso no cuidar da higiene pessoal: facilitadora.

07-01-2025 09:00 - Avaliar evolução da autonomia para cuidar da higiene pessoal

09-01-2025 09:00

09-01-2025 09:00 - Lava a cavidade oral [MELHOROU].

09-01-2025 09:00 - Aplica produtos de higiene [MANTEVE].

Andar

07-01-2025 09:00

07-01-2025 09:00 - Capaz de mover-se através da marcha

07-01-2025 09:00 - marcha lenta e insegura em pequenas distâncias planas.

07-01-2025 09:00 - Andar comprometido

07-01-2025 09:00 - Determinar evolução do andar

07-01-2025 09:00 - Avaliar evolução do andar

07-01-2025 09:00 - Prevenir queda

07-01-2025 09:00 - Assistir no andar

07-01-2025 09:00 - Adequar o vestuário para prevenir queda

07-01-2025 09:00 - Gerir o ambiente físico para prevenir queda

07-01-2025 09:00 - Promover autonomia para andar

07-01-2025 09:00 - Consciencialização sobre compromisso no andar: facilitadora.

09-01-2025 09:00 - Consciencialização sobre compromisso no andar: facilitadora
[MANTEVE].

07-01-2025 09:00 - *Avaliar evolução da autonomia para andar*

09-01-2025 09:00

09-01-2025 09:00 - Capaz de mover-se através da marcha

09-01-2025 09:00 - marcha lenta e insegura em pequenas distâncias planas [MANTEVE].

Alimentar-se

07-01-2025 09:00

07-01-2025 09:00 - Capaz de levar os alimentos à boca/sonda de alimentação

07-01-2025 09:00 - Não leva os alimentos à boca / sonda de alimentação.

07-01-2025 09:00 - Capaz de preparar os alimentos para a refeição

07-01-2025 09:00 - Não prepara os alimentos para a refeição.

07-01-2025 09:00 - Capaz de organizar os alimentos para a refeição

07-01-2025 09:00 - Não organiza os alimentos para a refeição.

07-01-2025 09:00 - Alimentar-se comprometido [RESOLVIDO] 09-01-2025 09:00

07-01-2025 09:00 - Determinar evolução do alimentar-se [FIM] 09-01-2025 09:00

07-01-2025 09:00 - *Avaliar evolução do alimentar-se* [FIM] 09-01-2025 09:00

07-01-2025 09:00 - Promover autonomia para alimentar-se [FIM] 09-01-2025
09:00

07-01-2025 09:00 - Consciencialização sobre compromisso no alimentar-se:
facilitadora.

07-01-2025 09:00 - Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a
autonomia para alimentar-se

07-01-2025 09:00 - Dispositivo: Copo adaptado - facilitadora.

07-01-2025 09:00 - Capacidade para alimentar-se

07-01-2025 09:00 - Dispositivo: Copo adaptado - necessita ser melhorada para
progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

07-01-2025 09:00 - Potencial para melhorar capacidade para alimentar-se
[RESOLVIDO] 09-01-2025 09:00

07-01-2025 09:00 - *Avaliar evolução da autonomia para alimentar-se* [FIM]

09-01-2025 09:00

09-01-2025 09:00

09-01-2025 09:00 - Capaz de levar os alimentos à boca/sonda de alimentação

09-01-2025 09:00 - Leva os alimentos à boca / sonda de alimentação [MELHOROU].

09-01-2025 09:00 - Capaz de preparar os alimentos para a refeição

09-01-2025 09:00 - Prepara os alimentos para a refeição [MELHOROU].

09-01-2025 09:00 - Capaz de organizar os alimentos para a refeição

09-01-2025 09:00 - Organiza os alimentos para a refeição [MELHOROU].

3.7. Especificação das intervenções

Executar técnica de exercício músculo-articular ativo-assistido

- Com recurso a cicloergómetro, ao nível dos membros superiores e dos membros inferiores (Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação, 2020).

Avaliar evolução da ventilação

- Exame físico que engloba inspeção, palpação, percussão e auscultação do torác (Ordem dos Enfermeiros, 2018a).
- Monitorização parâmetros vitais (pressão arterial, temperatura, frequência respiratória, frequência cardíaca e dor) (Ordem dos Enfermeiros, 2018a).
- Avaliar o tipo e características da respiração (Ordem dos Enfermeiros, 2018a).
- Recurso aos resultados do controlo analítico e imagiológico do doente (Ordem dos Enfermeiros, 2018a).

Avaliar evolução do equilíbrio dinâmico

- Avaliar o equilíbrio com recurso à escala de Berg (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

Executar técnica de treino do equilíbrio dinâmico

- Treino de equilíbrio sentado estático a evoluir para dinâmico (Lourenço et al., 2021).
- Treino de verticalização, da posição sentado para posição de pé (Lourenço et al., 2021).
- Treino de equilíbrio com correção postural em simultâneo (Lourenço et al., 2021).

Lavar cavidade oral

- Em contexto UCI, pelo menos, 3 vezes ao dia (Direção-Geral da Saúde, 2022).
- Previamente ao treino de deglutição de forma direta (Braga, 2016b; Moreira et al., 2021).
- Em SOS (Direção-Geral da Saúde, 2022).

Avaliar evolução da deglutição

- Avaliar a deglutição com recurso à escala GUSS-ICU (Troll et al., 2023).

Planear dieta

- Adequar de acordo com a pontuação da escala GUSS-ICU (Troll et al., 2023).

Avaliar evolução da dispneia

- Avaliar a perceção subjetiva de esforço através da escala de Borg modificada (Ordem dos Enfermeiros, 2018a).
- Monitorização contínua da saturação periférica de oxigénio e frequência respiratória (Ordem dos Enfermeiros, 2018a).

Executar técnica de exercício músculo-articular ativo-resistido

- Com recurso a cicloergómetro, ao nível dos membros superiores e dos membros inferiores (Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação, 2020).

Adequar o vestuário para prevenir queda

- Roupas de tamanho adequado e calçado adaptado ao pé e com sola antiderrapante (Lourenço et al., 2021).

Executar tratamento ao local de inserção do cateter venoso periférico

- Em SOS, quando penso visivelmente sujo, com sangue ou descolado da pele (Direção-Geral da Saúde, 2022a).
- A cada 48 horas se penso com compressa (Direção-Geral da Saúde, 2022a).
- A cada 7 dias se penso transparente (Direção-Geral da Saúde, 2022a).

Executar tratamento ao local de inserção do cateter arterial

- Em SOS, quando penso visivelmente sujo, com sangue ou descolado da pele (Direção-Geral da Saúde, 2022a).
- A cada 48 horas se penso com compressa (Direção-Geral da Saúde, 2022a).
- A cada 7 dias se penso transparente (Direção-Geral da Saúde, 2022a).

Executar exercícios de controlo respiratório

- Controlo e dissociação dos tempos respiratórios, uma série, dez repetições (Ordem dos Enfermeiros, 2018a).

Executar técnica de reexpansão torácica

- Reeducação costal global com recurso a bastão/banda elástica, uma série, dez repetições (Ordem dos Enfermeiros, 2018a).

Executar técnica respiratória abdómino-diafragmática

- Reeducação diafragmática (Ordem dos Enfermeiros, 2018a).

Avaliar evolução da força - contração muscular

- Avaliar a força muscular a nível dos membros superiores e membros inferiores com recurso à escala MRC (Hermans et al., 2012).

Avaliar evolução da autonomia para transferir-se

- Avaliar o grau de dependência com recurso ao índice de Barthel (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

Avaliar evolução da autonomia para sentar-se

- Avaliar o grau de dependência com recurso ao índice de Barthel (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

Avaliar evolução da autonomia para cuidar da higiene pessoal

- Avaliar o grau de dependência com recurso ao índice de Barthel (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

Avaliar evolução da autonomia para andar

- Avaliar o grau de dependência com recurso ao índice de Barthel (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

Avaliar evolução da autonomia para alimentar-se

- Avaliar o grau de dependência com recurso ao índice de Barthel (Ordem dos Enfermeiros,

2017).

3.8. Síntese relativa ao caso

O presente estudo de caso procurou diagnosticar, planejar, implementar e avaliar um programa de reabilitação do EEER na pessoa com deglutição comprometida pós-extubação, em contexto UCI. A doente esteve internada em UCI durante 8 dias. A abordagem do EEER é realizada às 24h de internamento, por instabilidade hemodinâmica. Após isso foi implementado um plano de reeducação funcional respiratória (RFR), RFM e reeducação da função deglutição, cumprido sessão diariamente, aproximadamente de 45 minutos.

A doente manteve-se hemodinamicamente estável nos dias subsequentes, com ECG de 15, RASS de 0 e um valor 0 na escala numérica da dor.

A nossa abordagem foi ao 6º dia de internamento. A doente encontrava-se consciente e orientada, em ventilação espontânea, com aporte de oxigénio por máscara de venturi, com FiO2 de 35%. A RFR contemplou a adoção de um posicionamento e alinhamento corporal corretos, no leito, a consciencialização da doente dos tempos respiratórios e a implementação do seguinte plano:

	1ª. Sessão	2ª. Sessão
Controlo e dissociação dos tempos respiratórios	1 série 10 repetições	1 série 10 repetições
Reeducação diafragmática	1 série 10 repetições	1 série 10 repetições
Reeducação costal global com recurso a bastão/banda elástica	1 série 10 repetições	1 série 10 repetições

Tabela 3 - Plano de RFR implementado à doente do estudo de caso 1

A intervenção a nível de RFR permitiu otimizar a ventilação, havendo uma diminuição do aporte de oxigénio para 2litros/minuto, por óculos nasais na nossa segunda sessão, que decorreu dois dias após a primeira.

Quanto à força muscular, a avaliação da MRS-CC permitiu-nos chegar ao diagnóstico de FMACI, apresentando pontuação total de 44, preditor de fraqueza muscular significativa, tendo-se mantido até à alta na UCI. Salientar que, apesar da pontuação, a evidência científica realça a importância de analisarmos a FMACI como uma condição que perpetua após o internamento na UCI, sendo uma complicação importante (Eggman et al., 2020; Gomes et al., 2020; Hermans et al., 2012) e que requer a real atenção do EEER.

Na tabela 3 está a avaliação da MRS-CC na primeira sessão com a doente, que se mantém igual na segunda sessão.

	Esquerdo	Direito
Abdução do ombro	3	3
Flexão do cotovelo	4	4
Extensão do punho	4	4
Flexão da anca	3	3
Extensão do joelho	4	4
Dorsiflexão tornozelo	4	4
Total 44		

Tabela 4 - Avaliação da MRC-SS da doente do estudo de caso 1

De notar que os resultados obtidos vão ao encontro do que nos diz a literatura, a perda de força muscular deu-se de forma generalizada, difusa e simétrica, afetando os músculos dos membros superior e inferior, mais proximal do que distal (Bartolomeu & Rodrigues, 2021; Matos et al., 2023).

Na presença de FMACI, a RFM é crucial. Contudo, o plano de intervenção do EEER tem de ser rigorosamente delimitado. Atendendo às recomendações emanadas pela Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação (2020) presentes no Plano de atuação na reabilitação de doentes admitidos na unidade de cuidados intensivos por COVID-19, a duração do programa de reabilitação varia consoante a fase de evolução da doença, o estado clínico do doente, bem como a sua tolerância e resposta individual às intervenções específicas. Idealmente, deve ser adotada uma abordagem de reabilitação multimodal, que englobe a RFR e RFM. A intensidade das intervenções foi ajustada de acordo com os parâmetros cardiorrespiratórios da doente, assim como a tolerância, nível de fadiga (percecionada pela aplicação da escala de Borg modificada) e grau de colaboração do doente. Deste modo, o plano de RFM instituído, foi o seguinte: mobilização polissegmentar (com recurso a cicloergómetro, de forma ativa e ativa-resistida ao nível dos membros superiores e dos membros inferiores); estratégias de verticalização assistida; realização de posição de sentado e posição de pé assistido; treino de equilíbrio sentado estático a evoluir para dinâmico, na posição de sentado e transferência ativa-assistida e ativa para cadeirão.

Na primeira sessão a doente fez treino de equilíbrio sentada no leito, passando ao treino de verticalização. A transferência para o cadeirão foi realizada com recurso a cinto de transferência. Foi, também, avaliado o equilíbrio com recurso à escala de Berg, sendo que obteve uma pontuação de 8, num total de 56 pontos. Este resultado indicia equilíbrio comprometido, sendo, preditor de elevado risco de queda. Posto isto foi otimizado o ambiente físico e garantidas condições de segurança.

No que concerne à deglutição comprometida, no rastreio é identificada deglutição comprometida para consistência líquida, com uma pontuação de 7 na escala Guss-ICU. A falha ocorreu no 2º. subteste do teste direto da deglutição, em que é realizado o teste líquido fino, em que a doente apresentou tosse após deglutir 10ml de água. Manteve a SNG para alimentação entérica, garantindo o aporte calórico alvo, e fazia treinos de deglutição de forma direta, à hora das refeições, com o EEER. Fizemos uso de espessante para que os líquidos tivessem consistência ligeira a moderadamente espessados (IDDSI:2-3).

Na avaliação especializada do EEER chegamos à conclusão que pela clínica presente a doente apresentava deglutição comprometida orofaríngea. Portanto, o défice advinha de alterações na fase oral ou faríngea, causada pelo compromisso na coordenação neuromuscular da deglutição. Efetivamente, a doente vivenciara três mecanismos patológicos para a deglutição comprometida, tendo por base Warnecke et al. (2018): o trauma causado pelo tubo endotraqueal, a neuromiopia e a alteração da sensibilidade orofaríngea. Atendendo a isso, foi desenvolvido e implementado um plano de reeducação da função deglutição, 2 vezes ao dia. O plano iniciava com estimulação sensitiva, com aplicação de gelo na cavidade oral e língua, seguido de exercícios de amplitude e fortalecimento muscular (lábios, língua, mandíbula, bochechas e palato mole. terminava com treino de deglutição com recurso à técnica postural flexão cervical.

Ao 8º dia é realizada reavaliação da deglutição, com recurso à escala GUSS-ICU, e a pontuação obtida foi de 9. A falha ocorreu no 4º. subteste do teste direto da deglutição, em que é realizado o teste de texturas mistas com um pedaço de pão e um gole de água. Após ter engolido, a doente apresentou alteração da voz. Foi mantido o plano de reeducação da função deglutição, providenciou-se uma dieta via oral de consistência mole e foram reforçados ensinamentos sobre as técnicas posturais, como manobra compensatória da deglutição. Nesse dia, sob nossa supervisão a doente ingeriu o lanche da manhã, almoço e lanche sem apresentar compromisso da deglutição. Nessa tarde teve alta para o internamento, sem SNG, com registo na carta de alta do plano de reabilitação que estava a cumprir em UCI, reforçando a necessidade de continuidade do mesmo.

A nível de funcionalidade, pela aplicação do índice de Barthel, com pontuação de 35, apresenta grau de dependência grave para a realização de AVD.

Foi realizado treino de autocuidado de higiene oral, enfatizando a componente motora, essencialmente a motricidade fina e funcional. Também a nível da alimentação, foi proporcionado treino deste autocuidado, privilegiando a participação ativa da doente, nomeadamente a abrir os recipientes onde vinham os alimentos e fazer uso da colher e copo.

Realçar o seguinte, a doente apresenta como antecedente depressão, ao ter noção da sua condição física no período pós-extubação e reconhecendo as limitações consequentes, apresentou humor deprimido. A instituição da medicação habitual antidepressiva (fluoxetina

20mg) teve um impacto positivo, contrariando esse quadro.

Os resultados obtidos permitem-nos inferir que a doente obteve ganhos em saúde pela intervenção do EEER. A prática baseada em evidência, bem como o recurso a escalas e instrumentos de avaliação sustentam a prática do EEER, conferindo rigor e permitindo mensurar o impacto efetivo do plano de cuidados instituído. Importa dizer que os planos foram ajustados continuamente, de acordo com a avaliação da condição clínica da doente e dos resultados obtidos, bem como dos objetivos delimitados com a doente, tendo por base o seu projeto de vida.

Considerando os referenciais teóricos de Enfermagem torna-se importante analisar o estudo de caso supracitado. A situação descrita enquadra-se de forma clara na Teoria do Défice de Autocuidado de Dorothea Orem, uma vez que ilustra a evolução do estado clínico de uma doente internada em contexto UCI, com todas as fragilidades que isso implica, inicialmente totalmente dependente e, progressivamente, mais autónoma, à medida que recupera capacidades motoras e cognitivas.

Num primeiro momento, em estado de coma, a doente apresentava um défice total de autocuidado, inserindo-se no sistema totalmente compensatório da teoria de Orem (Orem, 2001). Nesta fase, todas as necessidades de autocuidado eram asseguradas na íntegra pela equipa de enfermagem, dado que a doente não possuía qualquer capacidade de participação ativa nos seus cuidados. O EEER concretiza o autocuidado terapêutico, compensa a incapacidade da doente em executar o autocuidado, apoiando e protegendo num momento de maior vulnerabilidade.

Por outro lado, passado o momento de maior instabilidade, com a progressiva recuperação do estado de consciência e capacidades motoras, foi possível iniciar uma abordagem mais centrada na promoção da autonomia, transitando para um sistema parcialmente compensatório. A doente é chamada a participar no autocuidado, começou a ser incentivada a participar na sua higiene oral e no autocuidado alimentação. Estas ações, para além de estimularem a recuperação da funcionalidade, reforçam o sentido de controlo e dignidade do doente, elementos fundamentais no conceito de autocuidado proposto por Orem (Orem, 2001). O EEER executa algumas medidas de autocuidado, compensa as limitações de autocuidado da doente, assistindo o doente conforme necessário e procura regular a atividade do autocuidado (Silva et al., 2019).

Associada a esta abordagem, também importa compreender a forma como a pessoa vivencia e gere situações de mudança ou alteração da sua condição de vida tendo por base o modelo conceptual da Teoria das Transições de Afaf Meleis (Meleis, 2010). A transição corresponde a um processo psicológico que exige adaptação face a um acontecimento que provoca mudança. A intervenção de Enfermagem surge a partir de uma análise e compreensão dos possíveis desafios ou dificuldades que podem surgir para os envolvidos neste processo (Silva et al., 2019). Trata-se de uma mudança interna desencadeada por um fator externo, e a atuação do EEER

foca-se nas vivências associadas à transição e no percurso de readaptação.

Neste estudo de caso específico, a transição é simultaneamente situacional e relacionada com a saúde/doença. Considera-se situacional pela mudança de ambiente de cuidados, pois a doente irá ter alta da UCI para outro serviço de internamento hospitalar. E relacionada com a saúde/doença, devido às várias alterações vividas consequentes ao internamento em UCI, sobretudo a deglutição comprometida e o quadro de fraqueza muscular. Esta condição representa uma alteração relevante na rotina e identidade da doente, com implicações físicas, emocionais e sociais.

As propriedades desta transição são diversas. A consciência da doente em relação à sua nova condição é um fator determinante, pois influencia a forma como se envolve no processo de recuperação. O envolvimento ativo da doente nas intervenções de reabilitação, como os exercícios de amplitude e fortalecimento muscular ou a prática de estratégias compensatórias para a alimentação, é essencial para uma transição bem-sucedida (Cuzco et al., 2023). O tempo é também uma variável crítica, uma vez que esta mudança ocorre de forma progressiva, em apenas oito dias, desde a alta da UCI até à adaptação ao novo serviço de internamento. A criticidade da situação prende-se com os riscos associados à deglutição comprometida, como a aspiração, a desnutrição ou a pneumonia, o que reforça a importância de uma vigilância contínua e de uma abordagem especializada. Por fim, esta transição pode implicar uma mudança na identidade, na medida em que o doente se confronta com a perda temporária de uma função básica, o que pode afetar a sua autoestima e perceção de autonomia, ainda mais preocupantes atendendo ao seu antecedente de depressão.

A qualidade da transição é influenciada por fatores facilitadores e inibidores (Meleis, 2010). Entre os facilitadores destacam-se o apoio da equipa multidisciplinar de saúde, o envolvimento da família e a motivação da doente para recuperar a sua funcionalidade. Como fatores inibidores podem surgir o medo de engasgamento, a ansiedade perante a alimentação ou a ausência de continuidade dos cuidados entre serviços.

A intervenção do EEER é fundamental sobretudo quando baseado na Teoria das Transições de Afaf Meleis. Deve centrar-se na educação para a saúde, fornecendo informação adequada à doente e à família sobre os cuidados com a alimentação segura; na promoção da autonomia, incentivando a participação ativa nos cuidados sempre que possível; e na execução de intervenções de reabilitação, nomeadamente treino dos exercícios de amplitude e fortalecimento muscular e implementação de estratégias adaptadas à deglutição comprometida (Cuzco et al., 2023). Importa ainda garantir a continuidade dos cuidados, através da articulação com a equipa do serviço de destino, assegurando que todas as necessidades da doente estão devidamente sinalizadas e que o plano de cuidados é respeitado e adaptado à nova realidade.

O objetivo último da intervenção é promover uma transição saudável, permitindo à pessoa adaptar-se positivamente à nova condição funcional, minimizar os riscos associados à

deglutição comprometida e recuperar, tanto quanto possível, a sua autonomia, saúde e bem-estar (Cuzco et al., 2023).

Concluímos salientando que a experiência em ensino clínico foi essencial para consolidar os conhecimentos teóricos adquiridos ao longo do percurso académico, possibilitando a sua aplicação em contextos reais e complexos. O estudo de caso permitiu integrar saberes da anatomofisiologia, patologia, intervenção terapêutica e raciocínio clínico, promovendo o desenvolvimento de competências fundamentais para a tomada de decisão no âmbito de enfermagem de reabilitação. A complexidade da situação clínica vivenciada evidenciou a importância de uma abordagem holística, sustentada na prática baseada em evidência e na avaliação sistematizada. Neste sentido, o ensino clínico revela-se essencial na formação em enfermagem de reabilitação, ao potenciar o pensamento crítico e reflexivo e promover a construção de uma identidade profissional sólida, sustentada na articulação entre o conhecimento científico e a prática especializada da enfermagem avançada.

4. ESTUDO DE CASO 2: DOENTE TRAQUEOSTOMIZADO COM DEGLUTIÇÃO COMPROMETIDA

Doente do sexo masculino, 49 anos, raça caucasiana. Previamente autónomo nas AVD. Apresenta como antecedentes pessoais obesidade, dislipidemia e é fumador (1 maço/dia há 20 anos). Sem alergias medicamentosas conhecidas. Admitido na UCI com diagnóstico de pancreatite necrotizante de etiologia não esclarecida e dor abdominal não controlada. Na admissão, doente intubado, em ventilação mecânica invasiva, sob sedação e analgesia (propofol e fentanil), com ECG 3 e RASS -5. Doente internado há mais de 60 dias na UCI, com desmame ventilatório difícil, complicado com diversas intercorrências ao longo do internamento, incluindo delirium. À nossa avaliação o doente apresenta ECG 15, RASS 0, dor 0 pela escala numérica da dor. Está traqueostomizado com uma cânula nº8 fenestrada. Encontra-se em ventilação espontânea, com aporte de oxigenoterapia de 2 L/min, por óculos nasais, durante o dia. Durante a noite mantém-se conectado ao ventilador, em modo pressão assistida, com uma FiO₂ de 0,28, pressão expiratória final positiva (PEEP) de 5cmH₂O e pressão acima de PEEP de 8cmH₂O. Apresenta PFT de 159L/min, obtido com recurso a peak flow meter, avaliado pela boca, com o cuff da traqueostomia desinsuflado e válvula fonatória colocada. Estável hemodinâmica e eletricamente. A nível de força muscular apresenta FMACI, com MRS-SS de 36. Apresenta desequilíbrio ortostático. A nível de alimentação, apresenta gastrostomia e apresentou um score de 5 na GUSS-ICU. Encontra-se a cumprir reabilitação diária, com RFR, RFM e treino de deglutição.

4.1. Enquadramento teórico

O enquadramento teórico que se apresenta tem como objetivo orientar o leitor ao longo do trabalho realizado, para o estudo de caso 2, explorando os aspetos mais relevantes da condição clínica do doente, de forma a fundamentar a prática do EEER. Começamos por uma breve abordagem do diagnóstico médico que motivou o internamento na UCI, passando ao desmame ventilatório difícil, a necessidade de traqueostomia e o impacto da mesma na função deglutição. Será dada maior atenção à deglutição comprometida, especificamente, à deglutição comprometida no doente traqueostomizado.

Pancreatite necrotizante na UCI

A pancreatite necrotizante é uma complicação grave da pancreatite aguda, caracterizada pela necrose do parênquima pancreático e/ou dos tecidos peripancreáticos, que provoca uma síndrome de resposta inflamatória sistémica. Esta condição ocorre em cerca de 20 a 30% dos doentes que desenvolvem pancreatite aguda, e está associada a quadros de instabilidade hemodinâmica e falência multiorgânica, motivando a necessidade de internamento em UCI (Leppäniemi et al., 2019; van den Berg & Boermeester, 2023). Entre essas falências, inclui-se a SDRA, que requer um tratamento complexo e implica, com frequência, recurso a VMI (Protić et al., 2023).

O sintoma mais comum da pancreatite aguda é a dor abdominal intensa (van den Berg & Boermeester, 2023). A dor, enquanto quinto sinal vital, é um dado de extrema relevância, uma vez que está presente, de forma transversal, na maioria dos processos patológicos que carecem de cuidados de saúde (Costa, 2020a). Segundo a Circular Normativa n.º 6/2003 da Direção-Geral da Saúde, a dor é percecionada como uma experiência multidimensional, englobando tanto aspetos sensoriais como emocionais da pessoa que a vivencia. Neste sentido, é fundamental que os profissionais de saúde atribuam a devida importância à dor e aos efeitos do tratamento instituído, procedendo à sua identificação, avaliação e registo de forma sistemática (Direção-Geral da Saúde, 2003). Importa salientar que a gestão da dor está, habitualmente, relacionada com a administração de fármacos, sejam eles opioides ou não opioides (Costa, 2020a), o que, por sua vez, em contexto de UCI está intimamente relacionada com o delirium.

A ocorrência de delirium, na UCI, relaciona-se com diversos fatores de risco, entre os quais a idade avançada, a gravidade da situação clínica, administração de fármacos e a necessidade de suporte ventilatório invasivo. O delirium é definido como um estado agudo de confusão, com evolução flutuante, défice de atenção e acentuada desorganização do comportamento (Fiest et al., 2021). Acrescido a isso o delirium é associado a piores desfechos clínicos, tanto durante o internamento na UCI como no hospital (Fiest et al., 2021). Na presença de delirium temos de atender que as alterações da consciência e da cognição influenciam, negativamente, a capacidade de compreensão e participação no processo de reabilitação (Vieira et al., 2020).

Na UCI, a FMACI é uma complicação importante e frequente, que prolonga o desmame ventilatório (Hermans et al., 2012). Também Matos et al. (2023), reconhecem a FMACI associada a um agravamento dos resultados clínicos, maior dificuldade no processo de desmame ventilatório, aumento da ocorrência de delirium e tempo de internamento mais prolongado.

Importa salientar que estas três condições — dor, delirium e FMACI — encontram-se interligadas e exigem uma abordagem multidisciplinar, integrada e centrada no doente. A sua avaliação regular e a implementação de medidas preventivas e terapêuticas contribuem significativamente para a melhoria dos resultados clínicos, para a recuperação funcional e para a promoção da dignidade e qualidade de vida do doente crítico. O EEER tem um papel

considerável no diagnóstico e prevenção do delirium no doente em UCI, uma vez que a intervenção deste profissional atua como fator favorável na sua prevenção e tratamento (Vieira et al., 2020).

Desmame ventilatório difícil

O desmame da ventilação mecânica deve ser iniciado quando a condição que motivou a necessidade de suporte ventilatório estiver resolvida ou apresentar uma melhoria significativa (Dias et al., 2008). Contudo, nem sempre isso acontece, motivando o recurso a VMI por longos períodos de tempo.

Como vimos anteriormente, a maioria dos doentes submetidos a VMI desenvolve FMACI, o que consequentemente, pode justificar a fraqueza diafragmática durante a doença crítica, predispondo-os a um desmame ventilatório difícil, com extubação tardia e consequentemente com tosse ineficaz, subsequente à débil capacidade de mobilizar secreções pulmonares das vias aéreas inferiores, aumentando o risco de insuficiência respiratória e o risco aumentado de infecção (Wibart et al., 2023). No estudo de Nonoyama et al. (2022) é corroborada esta ideia e mencionado que 80% dos doentes submetidos a VMI desenvolvem disfunção diafragmática, o que leva a um processo de desmame ventilatório difícil.

A ineficácia da tosse em doentes com FMACI deve-se, em grande parte, à presença do tubo endotraqueal ou traqueostomia e à fraqueza dos músculos abdominais, o que compromete a capacidade de expelir eficazmente as secreções pulmonares. Esta limitação favorece a acumulação de muco nas vias respiratórias e eleva o risco de insuficiência respiratória. Importa referir que, na prática clínica, um PFT superior a 270 L/min é geralmente considerado um indicador de tosse eficaz (Wibart et al., 2023). A avaliação do PFT em doentes traqueostomizados é passível de ser realizada pela boca, com o cuff da traqueostomia desinsuflado e com válvula fonatória colocada (Ge et al., 2024).

Para contrariar esta condição, é referida na literatura a execução de técnicas que otimizam a ventilação e a real importância da assistência mecânica da tosse. Realçam que em casos de fraqueza muscular associada a polineuromiopia do doente crítico pode haver a deterioração da função respiratória, incluindo a ineficácia da limpeza das vias aéreas, aumentando a predisposição para infeções respiratórias recorrentes (Nonoyama et al., 2022; Wibart et al., 2023).

O tratamento convencional utilizado para a limpeza das vias aéreas em UCI inclui técnicas de RFR, com o objetivo de ajustar os fluxos expiratórios e auxiliar a tosse de forma manual (Ordem dos enfermeiros, 2018a). Para além disso, nas últimas duas décadas, os dispositivos de insuflação-exsuflação mecânica passaram a ser incorporados como um recurso complementar à

RFR, com a finalidade de otimizar a remoção de secreções das vias respiratórias. A técnica de insuflação-exsuflação mecânica funciona através da aplicação de uma pressão positiva durante a fase de inspiração, seguida de uma rápida transição para uma pressão negativa na fase de expiração, o que contribui para o aumento PFT, simulando assim uma tosse eficaz (Ordem dos enfermeiros, 2018a; Wibart et al., 2023).

Associado a isso, é sugerido o treino de músculos inspiratórios (TMI) em doentes com VMI, apontado como exequível e seguro (Vorona, et al., 2019). O TMI, embora ainda não seja uma prática padronizada na UCI, pode ser utilizado em doentes com traqueostomia com o objetivo de melhorar a fraqueza muscular inspiratória e tratar a atrofia diafragmática que pode ter ocorrido durante o período de dependência do ventilador. O TMI pode também ser realizado em doentes com traqueostomia que ainda se encontram sob ventilação mecânica (Brodsky et al., 2019).

Traqueostomia

A traqueostomia é realizada para facilitar a VMI em doentes que necessitam de suporte ventilatório prolongado, facilitando o desmame ventilatório, ao reduzir o espaço morto anatómico até 50% (Marum, 2018; Raimonde, 2023). Atendendo a isso, a realização de traqueostomia é recomendada que seja efetuada entre o quinto e o sétimo dia após a intubação endotraqueal, com o objetivo de reduzir o risco de complicações associadas à intubação prolongada (Raimonde, 2023). Esta apresenta diversos benefícios, nomeadamente maior conforto para o doente, redução ou eliminação da necessidade de sedação, bem como a viabilização da alimentação via oral e da comunicação verbal. Além disso, favorece o recrutamento pulmonar e facilita a utilização de técnicas de tosse mecanicamente assistida. Pode, ainda, contribuir para uma redução do tempo de internamento na UCI (Pereira et al., 2019).

A traqueostomia tem um impacto profundo na deglutição, sendo que este quadro pode ter início antes da inserção da traqueostomia, principalmente devido à intubação endotraqueal prolongada prévia à traqueostomia (Mills et al., 2023). Tal é corroborado por Carmona et al. (2015), que acrescentam que existe elevada ocorrência de disfagia em doentes críticos traqueostomizados após um período de ventilação mecânica prolongada.

Face ao exposto, é necessário compreender o compromisso da função deglutição no doente com traqueostomia.

Deglutição comprometida no doente traqueostomizado

A deglutição é uma função neuromuscular complexa, que envolve a coordenação precisa entre

estruturas anatómicas da cavidade oral, faringe, laringe e esófago, bem como a interação com o sistema respiratório (Medeiros et al., 2019; Moreira et al., 2021). Em doentes com traqueostomia, essa fisiologia sofre alterações importantes que comprometem a eficiência e segurança da deglutição, particularmente na fase faríngea (Liu et al., 2024; Rodrigues et al., 2015).

A traqueostomia altera, significativamente, a anatomia das vias aéreas uma vez que há uma abertura direta na traqueia, permitindo a ventilação pulmonar sem a passagem do ar pelas vias superiores (Liu et al., 2024). Esta alteração impede o fluxo de ar pela cavidade nasal, reduzindo o estímulo sensorial de olfato e paladar, elementos fundamentais para a preparação oral do bolo alimentar (Tsikoudas et al., 2011). Além disso, a presença da cânula da traqueostomia e, em particular, do cuff insuflado, pode exercer pressão sobre a parede anterior do esófago, comprometendo mecanicamente a abertura do esfíncter esofágico superior (Liu et al., 2024; Medeiros et al., 2019). Na fase faríngea, a traqueostomia interfere de forma mais direta com a proteção da via aérea. A presença da cânula pode reduzir a elevação do osso hioide, essencial para o encerramento da laringe e para a abertura do esfíncter esofágico superior. Associado a isso, a ausência de pressão subglótica, normalmente criada durante a deglutição, compromete a eficiência da propulsão do bolo alimentar e da limpeza faríngea (Prigent et al., 2012).

Em contexto de UCI, há uma particularidade à qual deve ser dada particular atenção, a maioria dos doentes traqueostomizados foi previamente submetido a intubação endotraqueal (Liu et al., 2024; Mills et al., 2023). Consequentemente, esse processo pode acarretar danos nas cordas vocais, ulceração laríngea, formação de tecido de granulação e paralisia temporária ou permanente do nervo laríngeo. Por sua vez esta condição irá condicionar o movimento das cordas vocais e diminuir a sensibilidade orofaríngea, levando a uma proteção inadequada das vias aéreas e gestão ineficiente de secreções, podendo resultar no aumento do risco de penetração ou aspiração (Liu et al., 2024).

Intervenção do EEER na deglutição comprometida no doente traqueostomizado

Perante um doente traqueostomizado com deglutição comprometida, à semelhança do que sucede em doentes com intubação orotraqueal, o EEER assume um papel igualmente fundamental. Assim, a avaliação da deglutição por parte do EEER pressupõe várias etapas que também devem ser cumpridas na abordagem ao doente traqueostomizado. Destarte, assumimos que a temática sendo previamente explanada não será repetida. Deste modo, atendendo aos achados da literatura, serão explanadas as especificidades do doente traqueostomizado que consideramos pertinentes abordar.

A avaliação da deglutição do doente traqueostomizado pode ter início com a avaliação da permeabilidade das vias aéreas superiores utilizando uma válvula fonatória (Rodrigues et al.,

2015). Associado a isso, a desinsuflação do cuff da cânula de traqueostomia é essencial quando seguro e tolerado pelo doente (Rodrigues et al., 2015; Brodsky, 2019). Posto isto, podemos recorrer à implementação da escala GUSS-ICU. A GUSS-ICU foi aplicada sem intercorrências em doentes com traqueostomia, sendo que a única condição prévia necessária para a realização do rastreio nestes casos é a desinsuflação do cuff da cânula e a utilização de válvula fonatória (Troll et al., 2023). A válvula fonatória é um dispositivo que se acopla à cânula de traqueostomia e permite a entrada de ar pela cânula, mas impede a sua saída por essa via. Isso restabelece parcialmente o fluxo aéreo fisiológico, promovendo a fonação, a deglutição eficaz e a sensação do olfato. O uso da válvula pode melhorar a proteção das vias aéreas, a tosse e a deglutição, e é também um marco importante na reabilitação do doente traqueostomizado (Gomes et al., 2023). A utilização precoce da válvula fonatória é importante, pois permite a reabilitação da deglutição e do sistema fonatório (Carmona et al., 2015; Brodsky, 2019; Liu et al., 2024). As válvulas fonatórias são dispositivos aplicados à cânula de traqueostomia que permitem restaurar, de forma parcial, a fisiologia das vias aéreas superiores. O seu mecanismo baseia-se numa válvula que abre durante a inspiração, permitindo a entrada de ar pelos pulmões através da cânula, e que fecha durante a expiração, impedindo a saída de ar pela traqueostomia e redireccionando-o para as vias aéreas superiores (Mills et al., 2023; Liu et al., 2024). Este mecanismo unidirecional gera vários efeitos fisiológicos benéficos, conforme descrito na literatura: restaura o fluxo ar pelas vias aéreas superiores, restaura a pressão subglótica, recupera a PEEP fisiológica, melhora as sensações laríngeas, facilita o reflexo de tosse, reduz a acumulação de secreções e promove a fonação (Liu et al., 2024; Mills et al., 2023). A restauração do fluxo de ar pelas vias aéreas superiores ocorre quando a válvula obriga o ar expirado a percorrer a faringe, a cavidade nasal e oral, contribuindo para a reativação da via respiratória natural (Liu et al., 2024; Mills et al., 2023). Este redireccionamento do fluxo expiratório permite também a restauração da pressão subglótica, condição essencial para uma deglutição eficaz e para a proteção das vias aéreas contra a aspiração (Liu et al., 2024; Mills et al., 2023). A PEEP fisiológica promove uma melhor ventilação alveolar e expansão pulmonar, com impactos positivos nas trocas gasosas e no recrutamento alveolar (Liu et al., 2024). Simultaneamente, o aumento do fluxo de ar pela laringe favorece a melhoria da sensação laríngea, promovendo uma maior perceção sensorial, benéfica para a deglutição e a proteção reflexa das vias aéreas (Liu et al., 2024; Mills et al., 2023). A facilitação do reflexo de tosse é outra consequência relevante, na medida em que a pressão subglótica restabelecida e o fluxo aéreo pela glote potenciam uma tosse mais eficaz (Liu et al., 2024). Esta tosse, por sua vez, contribui para a redução da acumulação de secreções, melhorando a higiene brônquica e diminuindo o risco de infeções respiratórias (Liu et al., 2024). Todos estes fatores conjugam-se no aumento da proteção das vias aéreas, diminuindo o risco de aspiração (Liu et al., 2024; Mills et al., 2023). Por último, a válvula fonatória permite que o ar expirado seja dirigido pelas cordas vocais, possibilitando a vibração das mesmas e, conseqüentemente, a fonação, permitindo ao doente traqueostomizado comunicar verbalmente (Liu et al., 2024; Mills et al., 2023). A oclusão

da traqueostomia também é sugerida como estratégia para reabilitação da deglutição, embora a evidência seja limitada a este nível (Rodrigues et al., 2015; Skoretz et al., 2020).

Segue-se a avaliação detalhada, que inclui uma avaliação clínica especializada, sempre tendo em atenção as necessidades de adaptação, quando necessário, da traqueostomia, com a desinsuflação do cuff e colocação da válvula fonatória (Brodsky, 2019; Rodrigues et al., 2015). A literatura aponta, como frequente, o recurso ao blue dye test para avaliação da deglutição em doentes traqueostomizados. O blue dye test, também denominado o teste do corante azul, é uma ferramenta clínica amplamente utilizada na avaliação da deglutição em doentes com cânula de traqueostomia (Gallice et al., 2024; Medeiros et al., 2019; Muñoz-Garach et al., 2023). O teste consiste na colocação de duas a três gotas de corante alimentar na cavidade oral do doente traqueostomizado, sendo orientado a deglutir. Após a desinsuflação do cuff, a presença de secreções azuladas na traqueostomia é um teste positivo e indica aspiração e disfagia (Muñoz-Garach et al., 2023). Esta abordagem permite, também, observar a presença de corante azul no aspirado traqueal ou nas secreções expelidas (Medeiros et al., 2019), contribuindo para a definição de estratégias terapêuticas individualizadas. Contudo, há que alertar que um resultado negativo no blue dye test não descarta a presença de disfagia, deste modo, a sua utilização como teste de rastreio deve ser cautelosa (Muñoz-Garach et al., 2023). Importa referir que apesar do blue dye test ser utilizado, a sua sensibilidade e especificidade não estão aferidas (Goff & Patterson, 2018).

Por último, sempre que possível, deve ser realizada a avaliação instrumental da função de deglutição, com recurso a VFD ou FEES (Rodrigues et al., 2015).

Após uma avaliação especializada, havendo condições para avançar no processo de reabilitação da função de deglutição, devemos passar à planificação dos cuidados de enfermagem de reabilitação direcionados para a reeducação da deglutição. Mediante o diagnóstico presente, o EEER opta por uma abordagem compensatória e/ou terapêutica (Braga, 2016b; Duncan et al., 2019). A evidência científica realça o recurso a estratégias compensatórias e terapêuticas, de um modo geral, juntamente com a consideração de modificações da traqueostomia como a desinsuflação do cuff e o uso de válvulas fonatórias, como elementos importantes nos planos de reabilitação (Brodsky et al., 2019; Liu et al., 2024; Mills et al., 2023; Rodrigues et al., 2015). Apenas Rodrigues et al. (2015) especifica o recurso a manobras compensatórias, técnicas posturais, aumento da sensibilidade oral e alterações das características dos alimentos para minimizar os sinais e sintomas da disfagia.

Da literatura analisada, podemos inferir que não existem diretrizes cientificamente baseadas sobre quando iniciar o processo de reabilitação do doente traqueostomizado, no que concerne à função deglutição. Apenas Brodsky et al. (2019) refere que, ao ser realizada traqueostomia cirúrgica e o doente esteja ajustado à nova via aérea, devem ser aguardadas, no mínimo, 48 horas para poder intervir.

A reabilitação da deglutição em doentes traqueostomizados pressupõe uma abordagem multidisciplinar (Gallice et al., 2024; Rodrigues et al., 2015). Sendo que, os planos de reabilitação devem ser baseados nas melhores evidências científicas disponíveis (Skoretz et al., 2020).

De um modo geral, a literatura explorada apresenta resultados heterogéneos no que concerne à deglutição comprometida no doente traqueostomizado. Contudo, é referida a necessidade de criação de protocolos de reabilitação da deglutição nos doentes traqueostomizados, sublinhando a necessidade de investigação futura mais robusta para obtenção de resultados consistentes.

Nos subcapítulos que se seguem será dada continuidade à descrição do estudo de caso 2. Abordaremos a medicação instituída, os procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica, os domínios seleccionados e a sua ligação com o caso, a conceção de cuidados e a síntese relativa ao caso.

4.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 49 anos | Masculino

4.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2025-02-07 09:00:00	Pantoprazol 40mg, via endovenosa, às 7h	
2025-02-07 09:00:00	Enoxaparina 40mg, via subcutânea, às 19h	
2025-02-07 09:00:00	Fentanil 25mcg, via transdérmica, a cada 3 dias	
2025-02-07 09:00:00	Paracetamol 1gr, via endovenosa, em SOS	
2025-02-07 09:00:00	Metamizol de magnésio 2gr, via endovenosa, em SOS	

4.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

O EEER deve estar atento ao fato do doente fazer Fentanil 25mcg, uma vez que se trata de um medicamento opióide, e estes como efeitos secundários pode provocar tonturas, hipotensão, fraqueza muscular ou alterações do estado de consciência, o que pode afetar a capacidade de participar ativamente no plano de reabilitação (Monte, 2020).

4.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Atitudes terapêuticas

07-02-2025 09:00

07-02-2025 09:00 - Oxigenoterapia

07-02-2025 09:00 - Débito de oxigénio: 2.00 L/min.

09-02-2025 09:00 - Débito de oxigénio: 2.00 L/min.

07-02-2025 09:00 - Assegurar oxigenoterapia

07-02-2025 09:00 - Manter oxigenoterapia

07-02-2025 09:00 - Ventilação invasiva

07-02-2025 09:00 - Tipo de ventilação invasiva: ventilação com pressão de suporte.

09-02-2025 09:00 - Tipo de ventilação invasiva: ventilação com pressão de suporte.

07-02-2025 09:00 - Ventilação invasiva - FiO2: 28 %.

09-02-2025 09:00 - Ventilação invasiva - FiO2: 28 %.

07-02-2025 09:00 - Ventilação invasiva - frequência respiratória espontânea: 19 cr/min.

09-02-2025 09:00 - Ventilação invasiva - frequência respiratória espontânea: 18 cr/min.

07-02-2025 09:00 - Ventilação invasiva - PEEP: 5 cm H2O.

09-02-2025 09:00 - Ventilação invasiva - PEEP: 5 cm H2O.

Sondas, Drenos e Cateteres

07-02-2025 09:00

07-02-2025 09:00 - Cateter venoso periférico

09-02-2025 09:00 - Localização do cateter venoso periférico

09-02-2025 09:00 - Antebraço Esquerda(o)

09-02-2025 09:00 - Ausência de dor.

09-02-2025 09:00 - Ausência de calor.

09-02-2025 09:00 - Ausência de rubor.

09-02-2025 09:00 - Ausência de tumefação.

09-02-2025 09:00 - Ausência de exsudado.

09-02-2025 09:00 - Ausência de infiltração.

09-02-2025 09:00 - Características do dispositivo: nº 20G.

07-02-2025 09:00 - Localização do cateter venoso periférico

07-02-2025 09:00 - Antebraço Esquerda(o)

07-02-2025 09:00 - Características do dispositivo: nº 20G.

07-02-2025 09:00 - Ausência de dor.
07-02-2025 09:00 - Ausência de calor.
07-02-2025 09:00 - Ausência de rubor.
07-02-2025 09:00 - Ausência de tumefação.
07-02-2025 09:00 - Ausência de exsudado.
07-02-2025 09:00 - Ausência de infiltração.

07-02-2025 09:00 - Prevenir complicações relacionadas com cateter venoso periférico

07-02-2025 09:00 - Executar tratamento ao local de inserção do cateter venoso periférico (Antebraço Esquerda(o))
07-02-2025 09:00 - Trocar cateter venoso periférico (Antebraço Esquerda(o))

07-02-2025 09:00 - Cateter arterial

07-02-2025 09:00 - Localização do cateter arterial
07-02-2025 09:00 - Membro superior Esquerda(o)
09-02-2025 09:00 - Localização do cateter arterial
09-02-2025 09:00 - Membro superior Esquerda(o)

07-02-2025 09:00 - Prevenir complicações relacionadas com cateter arterial

07-02-2025 09:00 - Executar tratamento ao local de inserção do cateter arterial (Membro superior Esquerda(o))

4.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.

À semelhança do estudo de caso 1, também no presente caso, faz sentido analisar previamente os resultados analíticos (valor de hemoglobina) e os exames radiológicos (radiografia do tórax), previamente à implementação do plano de cuidados de ER.

4.5. Domínios

Início

07-02-2025 09:00
07-02-2025 09:00
07-02-2025 09:00
07-02-2025 09:00
07-02-2025 09:00
07-02-2025 09:00
07-02-2025 09:00
07-02-2025 09:00
07-02-2025 09:00
07-02-2025 09:00
07-02-2025 09:00

Domínios

Força muscular
Equilíbrio estático
Comunicação verbal
Sistema respiratório
Sistema cardiovascular
Deglutição
Estoma
Virar-se
Erguer-se
Transferir-se
Sentar-se

Fim

Início	Domínios	Fim
07-02-2025 09:00	Cuidar da higiene pessoal	
07-02-2025 09:00	Alimentar-se	
07-02-2025 09:00	Atitudes terapêuticas	
07-02-2025 09:00	Sondas, Drenos e Cateteres	

4.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico

Força muscular

Após uma situação de doença crítica, muitos sobreviventes apresentam disfunção muscular, o que leva a uma fraqueza persistente e a desafios consideráveis durante o processo de reabilitação motor (Mart et al., 2025). O estudo de caso 2 aborda um doente com internamento prolongado em UCI. Sabemos que isso acarreta diversas consequências, sendo uma delas a FMACI (Matos et al., 2023). Posto isto, a avaliação da força muscular com recurso à escala MRC é essencial para a definição dos objetivos no plano de reabilitação. Optou-se, em consonância com o executado no estudo de caso 1, pela utilização da MRC-SS. Assim, com a aplicação da escala, identificamos que o doente apresenta uma pontuação total de 36, sendo este resultado preditor de um quadro de fraqueza muscular significativa (Hermans et al., 2012).

Equilíbrio estático

O doente do estudo de caso 2 apresenta equilíbrio estático comprometido justificando este domínio. O equilíbrio estático corresponde à capacidade de manter o centro de gravidade dentro da base de sustentação, tanto na posição de sentado como de pé (Gomes & Trelha, 2019). Por sua vez, o controlo postural consiste numa tarefa complexa, resultante da integração de vários processos sensoriomotores, que envolvem o sistema sensorial (incluindo os sistemas vestibular, visual e propriocetivo), o sistema nervoso central e o sistema músculo-esquelético (Seeley et al., 2016). Podemos correlacionar a fraqueza muscular com o equilíbrio estático, uma vez que a literatura sugere que a força muscular foi um dos principais fatores que influenciaram o equilíbrio no doente internado em UCI (Egger et al., 2024). Todos estes aspetos são relevantes na intervenção do EEER, evidenciando a necessidade de um conhecimento profundo dos mecanismos patológicos, tanto no planeamento como na implementação do plano de cuidados de ER.

Comunicação verbal

A traqueostomia compromete a comunicação verbal, uma vez que bloqueia emissão vocal. A ausência do fluxo aéreo pelas cordas vocais impede a fonação, o que pode gerar frustração, ansiedade e isolamento no doente (Gomes et al., 2016). A comunicação eficaz exige adaptações, como o uso de válvulas fonatórias, quando clinicamente indicado. Além disso, a utilização da válvula fonatória permite a reabilitação da deglutição e do sistema fonatório (Liu et al., 2024).

O EEER deve promover estratégias alternativas de comunicação, respeitando a individualidade do doente, assegurando a sua participação ativa nos cuidados. A comunicação é essencial para a humanização e segurança dos cuidados em contexto crítico (Gomes et al., 2016).

Sistema respiratório

Um quadro clínico de pancreatite necrotizante pode levar a falência multiorgânica, incluindo respiratória, motivando o internamento em UCI e, frequentemente, a recurso a VMI (Protić et al., 2023). Associado a isso, a FMACI afeta os músculos de forma generalizada, principalmente os músculos dos membros e os músculos respiratórios (Matos et al., 2023). Posto isto e sabendo que o doente vivenciou um desmame ventilatório difícil considera-se relevante a presença do domínio ventilação. O EEER no seu âmbito de atuação, neste domínio, foca-se na ventilação e na limpeza das vias áreas.

Sistema cardiovascular

A monitorização contínua de parâmetros vitais, em UCI, é uma técnica de monitorização que passa por produzir informação fiável que permite prevenir o sofrimento dos órgãos por hipoperfusão consequente a instabilidade hemodinâmica. Aliado a isso, importa a perícia da interpretação dos dados obtidos na monitorização, permitindo adotar decisões terapêuticas tendo em conta os mesmos (Alves & Sampaio, 2020). Também a avaliação da pele e mucosas, bem como o tempo de preenchimento capilar são cruciais na avaliação do doente. Compreendemos assim a necessidade do domínio do sistema cardiovascular, por esta questão da monitorização contínua e partindo do pressuposto que a intervenção do EEER pode causar alterações cardiovasculares, garantindo a efetividade de uma prática em segurança.

Deglutição

No presente estudo de caso há evidência de deglutição comprometida pela implementação da

escala GUSS-ICU. Perante um doente traqueostomizado com deglutição comprometida, o EEER assume um papel fundamental. Numa primeira fase pela avaliação da função da deglutição e, posteriormente, pela reeducação da função deglutição. De salientar que, o compromisso da deglutição em doentes traqueostomizados em muito se justifica pelas alterações anatomofisiológicas desencadeadas pela presença da cânula de traqueostomia. Esta questão agrava-se pela insuflação do cuff. Assim, tendo por base a literatura analisada, importa atender a estes aspetos para uma intervenção célere do EEER no que concerne à deglutição comprometida no doente traqueostomizado.

Estoma

Uma vez que o doente se encontra traqueostomizado este domínio é imperativo na abordagem ao estudo de caso 2. A traqueostomia é um procedimento cirúrgico que consiste na criação de uma abertura na traqueia, por via anterior do pescoço, com o intuito de estabelecer uma via aérea alternativa (Raimonde et al., 2023). A presença do EEER é relevante em todo o processo, desde a preparação do doente, à manutenção e vigilância da cânula traqueal, assegurando a permeabilidade da via aérea, a adequada humidificação, a higiene traqueobrônquica e a prevenção de infeções.

Associado a isso, importa referir que o doente do estudo de caso 2 apresenta PEG e o domínio “estoma” também contempla este dispositivo. A colocação da PEG foi realizada de forma a suprir as necessidades de nutrição e hidratação em substituição à sonda nasogástrica. Tal é explicado uma vez que se previa que a via oral do doente não estivesse disponível por um período superior a 28 dias; e em comparação com a sonda nasogástrica a PEG é considerada um acesso menos invasivo (Burgos et al., 2018) e melhor tolerado pelo doente.

Autocuidado que engloba cuidar da higiene pessoal, alimentar-se, virar-se, erguer-se, sentar-se e transferir-se

O autocuidado consiste num conjunto de ações realizadas pelo próprio indivíduo, de forma autónoma, consciente e intencional, com o objetivo de cuidar de si mesmo, tendo em conta o contexto social e ambiental em que se insere (Orem, 2001). No que diz respeito ao autocuidado, o EEER é detentor de competências específicas para avaliar o estado funcional do doente, definir objetivos terapêuticos e implementar intervenções com vista à promoção da mobilidade, autonomia e a adaptação às limitações, tendo em vista a reinserção social (Ordem dos Enfermeiros, 2019a). Num internamento em UCI o EEER tem de atender à definição de objetivos passíveis de ser alcançados, tendo em consideração o estado geral do doente, a fragilidade característica de uma doença crítica e a gestão emocional de todo o enquadramento, porém o treino de autocuidado deve ter início assim que possível em concordância com o doente.

4.6. Conceção de Cuidados

Força muscular

07-02-2025 09:00

07-02-2025 09:00 - Força - contração muscular

07-02-2025 09:00 - Membro superior Direita(o): movimento ativo contra a gravidade, mas não contra a resistência.

07-02-2025 09:00 - Membro superior Esquerda(o): movimento ativo contra a gravidade, mas não contra a resistência.

07-02-2025 09:00 - Membro inferior Direita(o): movimento ativo contra a gravidade, mas não contra a resistência.

07-02-2025 09:00 - Membro inferior Esquerda(o): movimento ativo contra a gravidade, mas não contra a resistência.

07-02-2025 09:00 - Paresia

07-02-2025 09:00 - Determinar evolução da força muscular

07-02-2025 09:00 - Avaliar evolução da força - contração muscular (Membro superior Direita(o), Membro superior Esquerda(o), Membro inferior Direita(o), Membro inferior Esquerda(o))

07-02-2025 09:00 - Melhorar força muscular

07-02-2025 09:00 - Executar técnica de exercício músculo-articular ativo-assistido (Membro superior Direita(o), Membro superior Esquerda(o), Membro inferior Direita(o), Membro inferior Esquerda(o))

07-02-2025 09:00 - Executar técnica de exercício músculo-articular ativo-resistido (Membro superior Direita(o), Membro superior Esquerda(o), Membro inferior Direita(o), Membro inferior Esquerda(o))

09-02-2025 09:00

09-02-2025 09:00 - Força - contração muscular

09-02-2025 09:00 - Membro superior Direita(o): movimento ativo contra a gravidade, mas não contra a resistência [MANTEVE].

09-02-2025 09:00 - Membro superior Esquerda(o): movimento ativo contra a gravidade, mas não contra a resistência [MANTEVE].

09-02-2025 09:00 - Membro inferior Direita(o): movimento ativo contra a gravidade, mas não contra a resistência [MANTEVE].

09-02-2025 09:00 - Membro inferior Esquerda(o): movimento ativo contra a gravidade, mas não contra a resistência [MANTEVE].

Equilíbrio estático

07-02-2025 09:00

07-02-2025 09:00 - Instabilidade postural sentado sem apoio.

07-02-2025 09:00 - Controlo postural em pé: Instabilidade postural com apoio.

07-02-2025 09:00 - Equilíbrio estático comprometido

07-02-2025 09:00 - Determinar evolução do equilíbrio estático

07-02-2025 09:00 - Avaliar evolução do equilíbrio estático

07-02-2025 09:00 - Melhorar equilíbrio estático

07-02-2025 09:00 - Executar técnica de treino do equilíbrio estático

07-02-2025 09:00 - Prevenir queda

07-02-2025 09:00 - Gerir o ambiente físico para prevenir queda

09-02-2025 09:00

09-02-2025 09:00 - Instabilidade postural sentado sem apoio [MANTEVE].

09-02-2025 09:00 - Controlo postural em pé: Instabilidade postural sem apoio [MELHOROU].

Comunicação verbal

07-02-2025 09:00

07-02-2025 09:00 - Não é capaz de se expressar.

07-02-2025 09:00 - Sem compromisso na compreensão da mensagem.

07-02-2025 09:00 - Comunicação verbal expressiva comprometida

07-02-2025 09:00 - Determinar evolução da comunicação

07-02-2025 09:00 - Avaliar evolução da comunicação verbal

07-02-2025 09:00 - Promover comunicação

07-02-2025 09:00 - Implementar estratégias facilitadoras da comunicação

09-02-2025 09:00

09-02-2025 09:00 - Não é capaz de se expressar [MANTEVE].

09-02-2025 09:00 - Sem compromisso na compreensão da mensagem [MANTEVE].

Sistema respiratório

07-02-2025 09:00

07-02-2025 09:00 - Frequência respiratória: 19 ciclos/min.

07-02-2025 09:00 - Ritmo respiratório regular.

07-02-2025 09:00 - Movimento respiratório simétrico.

07-02-2025 09:00 - Profundidade da ventilação: inspirações normais.

07-02-2025 09:00 - Não utiliza os músculos acessórios da ventilação.

07-02-2025 09:00 - Sem adejo nasal.

07-02-2025 09:00 - Saturação do oxigénio no sangue

07-02-2025 09:00 - Periférico(a): 98 %.

07-02-2025 09:00 - Coloração da mucosa: rosada.

07-02-2025 09:00 - Comunica falta de ar ao realizar atividades que exigem grande esforço físico.

07-02-2025 09:00 - Reflexo da tosse: presente.

07-02-2025 09:00 - Mobiliza as secreções das vias aéreas acumulando-as ao nível supraglótico.

07-02-2025 09:00 - Sons respiratórios: normais.

07-02-2025 09:00 - Secreções em pequena quantidade.

07-02-2025 09:00 - Secreções fluídas.

07-02-2025 09:00 - Secreções esbranquiçadas.

07-02-2025 09:00 - Determinar evolução da ventilação

07-02-2025 09:00 - Avaliar evolução da ventilação

07-02-2025 09:00 - Limpeza da via aérea comprometida

07-02-2025 09:00 - Determinar evolução da limpeza da via aérea

07-02-2025 09:00 - Avaliar evolução da limpeza da via aérea

07-02-2025 09:00 - Melhorar limpeza da via aérea

07-02-2025 09:00 - Aspirar via aérea

07-02-2025 09:00 - Posicionar para facilitar a limpeza da via aérea

07-02-2025 09:00 - Executar técnica da tosse assistida

07-02-2025 09:00 - Dispneia

07-02-2025 09:00 - Determinar evolução da dispneia

07-02-2025 09:00 - Avaliar evolução da dispneia

07-02-2025 09:00 - Melhorar ventilação

07-02-2025 09:00 - Executar exercícios de controlo respiratório

07-02-2025 09:00 - Executar técnica de reexpansão torácica

07-02-2025 09:00 - Executar exercícios de fortalecimento muscular respiratório

09-02-2025 09:00

09-02-2025 09:00 - Frequência respiratória: 18 ciclos/min.

09-02-2025 09:00 - Ritmo respiratório regular [MANTEVE].

09-02-2025 09:00 - Movimento respiratório simétrico [MANTEVE].

09-02-2025 09:00 - Profundidade da ventilação: inspirações normais [MANTEVE].

09-02-2025 09:00 - Não utiliza os músculos acessórios da ventilação [MANTEVE].

09-02-2025 09:00 - Sem adejo nasal.

09-02-2025 09:00 - Saturação do oxigénio no sangue

09-02-2025 09:00 - Periférico(a): 99 %.

09-02-2025 09:00 - Coloração da mucosa: rosada.

09-02-2025 09:00 - Comunica falta de ar ao realizar atividades que exigem grande esforço físico [MANTEVE].

09-02-2025 09:00 - Reflexo da tosse: presente [MANTEVE].

09-02-2025 09:00 - Mobiliza as secreções das vias aéreas acumulando-as ao nível supraglótico [MANTEVE].

09-02-2025 09:00 - Sons respiratórios: roncos.

09-02-2025 09:00 - Secreções em pequena quantidade.

09-02-2025 09:00 - Secreções fluídas [MANTEVE].

09-02-2025 09:00 - Secreções esbranquiçadas.

Sistema cardiovascular

07-02-2025 09:00

07-02-2025 09:00 - Localização do Pulso

07-02-2025 09:00 - Tórax

07-02-2025 09:00 - Frequência do pulso: 61 pulsações por minuto.

07-02-2025 09:00 - Pulso rítmico.

07-02-2025 09:00 - Pulso simétrico.

07-02-2025 09:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea

07-02-2025 09:00 - Artéria Central

07-02-2025 09:00 - Pressão sanguínea sistólica: 110 mmHg.

07-02-2025 09:00 - Pressão sanguínea diastólica: 69 mmHg.

07-02-2025 09:00 - Temperatura das extremidades

07-02-2025 09:00 - Membro superior Direita(o): Temperatura das extremidades normal.

07-02-2025 09:00 - Membro superior Esquerda(o): Temperatura das extremidades

normal.

07-02-2025 09:00 - Membro inferior Direita(o): Temperatura das extremidades normal.

07-02-2025 09:00 - Membro inferior Esquerda(o): Temperatura das extremidades normal.

07-02-2025 09:00 - Tempo de preenchimento capilar: 1 segundos.

07-02-2025 09:00 - Determinar evolução do ritmo cardíaco

07-02-2025 09:00 - Avaliar evolução de sinais de arritmia

07-02-2025 09:00 - Determinar evolução da pressão sanguínea

07-02-2025 09:00 - Avaliar evolução da pressão sanguínea

09-02-2025 09:00

09-02-2025 09:00 - Localização do Pulso

09-02-2025 09:00 - Tórax

09-02-2025 09:00 - Frequência do pulso: 60 pulsações por minuto.

09-02-2025 09:00 - Pulso rítmico.

09-02-2025 09:00 - Pulso simétrico.

09-02-2025 09:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea

09-02-2025 09:00 - Artéria Central

09-02-2025 09:00 - Pressão sanguínea sistólica: 109 mmHg.

09-02-2025 09:00 - Pressão sanguínea diastólica: 67 mmHg.

09-02-2025 09:00 - Temperatura das extremidades

09-02-2025 09:00 - Membro superior Direita(o): Temperatura das extremidades normal [MANTEVE].

09-02-2025 09:00 - Membro superior Esquerda(o): Temperatura das extremidades normal [MANTEVE].

09-02-2025 09:00 - Membro inferior Direita(o): Temperatura das extremidades normal [MANTEVE].

09-02-2025 09:00 - Membro inferior Esquerda(o): Temperatura das extremidades normal [MANTEVE].

09-02-2025 09:00 - Tempo de preenchimento capilar: 1 segundos.

Deglutição

07-02-2025 09:00

07-02-2025 09:00 - Com indícios de compromisso da deglutição.

07-02-2025 09:00 - Deglutição comprometida

07-02-2025 09:00 - Determinar evolução da deglutição

07-02-2025 09:00 - Avaliar evolução da deglutição

07-02-2025 09:00 - Referenciar deglutição comprometida ao médico

07-02-2025 09:00 - Treino da deglutição de forma indireta

07-02-2025 09:00 - Prevenir aspiração

07-02-2025 09:00 - Alimentar através de sonda gástrica

09-02-2025 09:00

09-02-2025 09:00 - Com indícios de compromisso da deglutição [MANTEVE].

Estoma

07-02-2025 09:00

07-02-2025 09:00 - Presença de estoma(s).

07-02-2025 09:00 - Traqueostomia

07-02-2025 09:00 - Pele peri-traqueostoma: íntegra.

09-02-2025 09:00 - Pele peri-traqueostoma: íntegra.

07-02-2025 09:00 - Complicação da traqueostomia: ausente.

09-02-2025 09:00 - Complicação da traqueostomia: ausente.

07-02-2025 09:00 - Determinar evolução da traqueostomia

07-02-2025 09:00 - Avaliar evolução da traqueostomia

07-02-2025 09:00 - Assegurar cuidados à traqueostomia

07-02-2025 09:00 - Executar cuidados à traqueostomia

07-02-2025 09:00 - Trocar cânula interna de traqueostomia

07-02-2025 09:00 - Otimizar cânula

07-02-2025 09:00 - Trocar fixação do dispositivo

07-02-2025 09:00 - Prevenir complicações da traqueostomia

07-02-2025 09:00 - Gerir a pressão do cuff

07-02-2025 09:00 - Gastrostomia

07-02-2025 09:00 - Pele peri-gastrostomia: íntegra.

09-02-2025 09:00 - Pele peri-gastrostomia: íntegra.

07-02-2025 09:00 - Complicação da gastrostomia: ausente.

09-02-2025 09:00 - Complicação da gastrostomia: ausente.

07-02-2025 09:00 - Determinar evolução da gastrostomia

07-02-2025 09:00 - Avaliar evolução da gastrostomia

07-02-2025 09:00 - Prevenir complicações da gastrostomia

07-02-2025 09:00 - Otimizar tubo de gastrostomia

09-02-2025 09:00

09-02-2025 09:00 - Presença de estoma(s).

Virar-se

07-02-2025 09:00

07-02-2025 09:00 - Capaz de mudar de posição na cama

07-02-2025 09:00 - Dispositivo: Grades da cama - inicia o movimento de rodar o corpo de um lado para o outro na cama, mas não o termina posicionando-se.

07-02-2025 09:00 - Virar-se comprometido

07-02-2025 09:00 - Determinar evolução do virar-se

07-02-2025 09:00 - Avaliar evolução do virar-se

07-02-2025 09:00 - Assegurar atividades de virar-se

07-02-2025 09:00 - Assistir no virar-se

07-02-2025 09:00 - Promover autonomia para virar-se

07-02-2025 09:00 - Consciencialização sobre compromisso no virar-se: facilitadora.

09-02-2025 09:00 - Consciencialização sobre compromisso no virar-se: facilitadora [MANTEVE].

07-02-2025 09:00 - Capacidade para virar-se

07-02-2025 09:00 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

09-02-2025 09:00 - Capacidade para virar-se

09-02-2025 09:00 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

07-02-2025 09:00 - Potencial para melhorar capacidade para virar-se

07-02-2025 09:00 - Avaliar evolução da autonomia para virar-se

09-02-2025 09:00

09-02-2025 09:00 - Capaz de mudar de posição na cama

09-02-2025 09:00 - Dispositivo: Grades da cama - inicia o movimento de rodar o corpo de um lado para o outro na cama, mas não o termina posicionando-se.

Erguer-se

07-02-2025 09:00

07-02-2025 09:00 - Capaz de mobilizar o corpo para a posição vertical

07-02-2025 09:00 - Inicia o movimento de levantar o corpo para a posição de pé, mas não o completa com sucesso.

07-02-2025 09:00 - Erguer-se comprometido

07-02-2025 09:00 - Determinar evolução do erguer-se

07-02-2025 09:00 - Avaliar evolução do erguer-se

07-02-2025 09:00 - Assegurar atividades de erguer-se

07-02-2025 09:00 - Assistir no erguer-se

07-02-2025 09:00 - Prevenir queda

07-02-2025 09:00 - Gerir o ambiente físico para prevenir queda

07-02-2025 09:00 - Promover autonomia para erguer-se

07-02-2025 09:00 - Consciencialização sobre compromisso no erguer-se: facilitadora.

09-02-2025 09:00 - Consciencialização sobre compromisso no erguer-se: facilitadora [MANTEVE].

07-02-2025 09:00 - Capacidade para erguer-se

07-02-2025 09:00 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

09-02-2025 09:00 - Capacidade para erguer-se

09-02-2025 09:00 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

07-02-2025 09:00 - Potencial para melhorar capacidade para erguer-se

07-02-2025 09:00 - Avaliar evolução da autonomia para erguer-se

09-02-2025 09:00

09-02-2025 09:00 - Capaz de mobilizar o corpo para a posição vertical

09-02-2025 09:00 - Inicia o movimento de levantar o corpo para a posição de pé, mas não o completa com sucesso.

Transferir-se

07-02-2025 09:00

07-02-2025 09:00 - Capaz de mobilizar o corpo entre superfícies próximas

07-02-2025 09:00 - não se mobiliza entre duas superfícies próximas.

07-02-2025 09:00 - Transferir-se comprometido

07-02-2025 09:00 - Determinar evolução do transferir-se

07-02-2025 09:00 - Avaliar evolução do transferir-se

07-02-2025 09:00 - Assegurar atividades de transferir-se

07-02-2025 09:00 - Transferir cliente usando dispositivo

07-02-2025 09:00 - Prevenir queda

07-02-2025 09:00 - *Gerir o ambiente físico para prevenir queda*

09-02-2025 09:00 - Promover autonomia para transferir-se

09-02-2025 09:00 - Consciencialização sobre compromisso no transferir-se: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

09-02-2025 09:00 - Capacidade para transferir-se

09-02-2025 09:00 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

09-02-2025 09:00 - Potencial para melhorar consciencialização sobre compromisso no transferir-se

09-02-2025 09:00 - Potencial para melhorar capacidade para transferir-se

09-02-2025 09:00 - *Avaliar evolução da autonomia para transferir-se*

09-02-2025 09:00

09-02-2025 09:00 - Capaz de mobilizar o corpo entre superfícies próximas

09-02-2025 09:00 - não se mobiliza entre duas superfícies próximas.

Sentar-se

07-02-2025 09:00

07-02-2025 09:00 - Capaz de mobilizar o corpo da posição de deitado para a posição de sentado

07-02-2025 09:00 - inicia o movimento, mas não o consegue completar.

07-02-2025 09:00 - Capaz de mobilizar o corpo da posição de pé para a posição de sentado

07-02-2025 09:00 - inicia o movimento, mas não o consegue completar.

07-02-2025 09:00 - Sentar-se comprometido

07-02-2025 09:00 - Determinar evolução do sentar-se

07-02-2025 09:00 - *Avaliar evolução no sentar-se*

07-02-2025 09:00 - Assegurar atividades de sentar-se

07-02-2025 09:00 - *Assistir no sentar-se*

07-02-2025 09:00 - Promover autonomia para sentar-se

07-02-2025 09:00 - Consciencialização sobre compromisso no sentar-se: facilitadora.

09-02-2025 09:00 - Consciencialização sobre compromisso no sentar-se: facilitadora [MANTEVE].

07-02-2025 09:00 - Capacidade para sentar-se

07-02-2025 09:00 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

09-02-2025 09:00 - Capacidade para sentar-se

09-02-2025 09:00 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

07-02-2025 09:00 - Potencial para melhorar capacidade para sentar-se

07-02-2025 09:00 - *Avaliar evolução da autonomia para sentar-se*

09-02-2025 09:00

09-02-2025 09:00 - Capaz de mobilizar o corpo da posição de deitado para a posição de sentado

09-02-2025 09:00 - inicia o movimento, mas não o consegue completar [MANTEVE].

09-02-2025 09:00 - Capaz de mobilizar o corpo da posição de pé para a posição de sentado

09-02-2025 09:00 - inicia o movimento, mas não o consegue completar [MANTEVE].

Cuidar da higiene pessoal

07-02-2025 09:00

07-02-2025 09:00 - Não lava a cavidade oral.

07-02-2025 09:00 - Cuidar da higiene pessoal comprometido

07-02-2025 09:00 - Determinar evolução do cuidar da higiene pessoal

07-02-2025 09:00 - Avaliar evolução do cuidar da higiene pessoal

07-02-2025 09:00 - Assegurar atividades de higiene pessoal [FIM] 09-02-2025 09:00

07-02-2025 09:00 - Lavar cavidade oral [FIM] 09-02-2025 09:00

07-02-2025 09:00 - Promover autonomia para cuidar da higiene pessoal

07-02-2025 09:00 - Consciencialização sobre compromisso no cuidar da higiene pessoal: facilitadora.

09-02-2025 09:00 - Consciencialização sobre compromisso no cuidar da higiene pessoal: facilitadora [MANTEVE].

07-02-2025 09:00 - Avaliar evolução da autonomia para cuidar da higiene pessoal

09-02-2025 09:00

09-02-2025 09:00 - Lava a cavidade oral [MELHOROU].

Alimentar-se

07-02-2025 09:00

07-02-2025 09:00 - Capaz de levar os alimentos à boca/sonda de alimentação

07-02-2025 09:00 - Não leva os alimentos à boca / sonda de alimentação.

07-02-2025 09:00 - Alimentar-se comprometido

07-02-2025 09:00 - Determinar evolução do alimentar-se

07-02-2025 09:00 - Avaliar evolução do alimentar-se

07-02-2025 09:00 - Assegurar atividades do alimentar-se

07-02-2025 09:00 - Alimentar cliente

07-02-2025 09:00 - Promover autonomia para alimentar-se

07-02-2025 09:00 - Consciencialização sobre compromisso no alimentar-se: necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

09-02-2025 09:00 - Consciencialização sobre compromisso no alimentar-se: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

07-02-2025 09:00 - Capacidade para alimentar-se

07-02-2025 09:00 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

09-02-2025 09:00 - Capacidade para alimentar-se

09-02-2025 09:00 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

09-02-2025 09:00 - Potencial para melhorar consciencialização sobre compromisso no alimentar-se

09-02-2025 09:00 - Potencial para melhorar capacidade para alimentar-se

09-02-2025 09:00

09-02-2025 09:00 - Capaz de levar os alimentos à boca/sonda de alimentação

09-02-2025 09:00 - Não leva os alimentos à boca / sonda de alimentação [MANTEVE].

09-02-2025 09:00 - Capaz de preparar os alimentos para a refeição

09-02-2025 09:00 - Não prepara os alimentos para a refeição.

09-02-2025 09:00 - Capaz de organizar os alimentos para a refeição

09-02-2025 09:00 - Não organiza os alimentos para a refeição.

4.7. Especificação das intervenções

Executar técnica de exercício músculo-articular ativo-assistido

- Com recurso a cicloergómetro, ao nível dos membros superiores e dos membros inferiores (Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação, 2020).

Avaliar evolução da ventilação

- Exame físico que engloba inspeção, palpação, percussão e auscultação do torác (Ordem dos Enfermeiros, 2018a).
- Monitorização parâmetros vitais (pressão arterial, temperatura, frequência respiratória, frequência cardíaca e dor) (Ordem dos Enfermeiros, 2018a).
- Avaliar o tipo e características da respiração (Ordem dos Enfermeiros, 2018a).
- Recurso aos resultados do controlo analítico e imagiológico do doente (Ordem dos Enfermeiros, 2018a).

Avaliar evolução do equilíbrio estático

- Avaliar o equilíbrio com recurso à escala de Berg (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

Executar técnica de treino do equilíbrio estático

- Treino de equilíbrio sentado estático (Lourenço et al., 2021).
- Treino de equilíbrio de pé estático (Lourenço et al., 2021).

Lavar cavidade oral

- Em contexto UCI, pelo menos, 3 vezes ao dia (Direção-Geral da Saúde, 2022).
- Em SOS (Direção-Geral da Saúde, 2022).

Avaliar evolução da limpeza da via aérea

- Avaliar o PFT com recurso a peak flow meter (Ge et al., 2024).

Avaliar evolução da deglutição

- Avaliar a deglutição com recurso à escala GUSS-ICU (Troll et al., 2023).

Implementar estratégias facilitadoras da comunicação

- Avaliar a permeabilidade das vias aéreas superiores (Rodrigues et al., 2015).
- Otimizar a traqueostomia, com a desinsuflação do cuff e colocação da válvula fonatória

(Rodrigues et al., 2015, Brodsky, 2019).

Avaliar evolução da dispneia

- Avaliar a perceção subjetiva de esforço através da escala de Borg modificada (Ordem dos Enfermeiros, 2018a).
- Monitorização contínua da saturação periférica de oxigénio e frequência respiratória (Ordem dos Enfermeiros, 2018a).

Executar técnica de exercício músculo-articular ativo-resistido

- Com recurso a cicloergómetro, ao nível dos membros superiores e dos membros inferiores (Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação, 2020).

Executar tratamento ao local de inserção do cateter venoso periférico

- Em SOS, quando penso visivelmente sujo, com sangue ou descolado da pele (Direção-Geral da Saúde, 2022a).
- A cada 48 horas se penso com compressa (Direção-Geral da Saúde, 2022a).
- A cada 7 dias se penso transparente (Direção-Geral da Saúde, 2022a).

Posicionar para facilitar a limpeza da via aérea

- Posição de sentado (Ge et al., 2024).
- Caso o doente não tolere a posição sentado, a posição a adotar é supina com a cabeceira da cama, no mínimo, elevada a 30° (Ge et al., 2024).

Executar tratamento ao local de inserção do cateter arterial

- Em SOS, quando penso visivelmente sujo, com sangue ou descolado da pele (Direção-Geral da Saúde, 2022a).
- A cada 48 horas se penso com compressa (Direção-Geral da Saúde, 2022a).
- A cada 7 dias se penso transparente (Direção-Geral da Saúde, 2022a).

Manter oxigenoterapia

- No período diurno: ventilação espontânea com aporte de oxigenoterapia de 2L/min, por óculos nasais.
- No período noturno: ventilação mecânica, em modo pressão assistida com uma FiO₂ de 0,28, PEEP de 5cmH₂O e pressão acima de PEEP de 8cmH₂O.

Executar técnica da tosse assistida

- Executar técnica de tosse assistida manualmente (Ordem dos Enfermeiros, 2018a).
- Executar técnica de tosse assistida mecanicamente com recurso a insuflador/exsuflador mecânico (Ordem dos Enfermeiros, 2018a).

Executar exercícios de controlo respiratório

- Controlo e dissociação dos tempos respiratórios, uma série, dez repetições (Ordem dos Enfermeiros, 2018a).

Executar técnica de reexpansão torácica

- Reeducação costal global com recurso a banda elástica, uma série, dez repetições (Ordem dos Enfermeiros, 2018a).

Executar exercícios de fortalecimento muscular respiratório

- Treino de músculos inspiratórios (Brodsky et al., 2019) com recurso ao dispositivos PowerBreathe KH2.

Avaliar evolução da força - contração muscular

- Avaliar a força muscular a nível dos membros superiores e membros inferiores com recurso à escala MRC (Hermans et al., 2012).

Avaliar evolução da autonomia para erguer-se

- Avaliar o grau de dependência com recurso ao índice de Barthel (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

Avaliar evolução da autonomia para sentar-se

- Avaliar o grau de dependência com recurso ao índice de Barthel (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

Avaliar evolução da autonomia para cuidar da higiene pessoal

- Avaliar o grau de dependência com recurso ao índice de Barthel (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

4.8. Síntese relativa ao caso

O presente estudo de caso procurou diagnosticar, planear, implementar e avaliar um programa de reabilitação do EEER na pessoa com deglutição comprometida no doente traqueostomizado, em contexto UCI. O doente estava internado em UCI há 60 dias. A abordagem do EEER foi realizada ao longo desse período, sempre que estivessem reunidas as condições para tal. A nossa abordagem foi ao 60º dia de internamento. O doente encontrava-se consciente e orientado, em ventilação espontânea, em ar ambiente. Após avaliação do doente foi desenvolvido um plano de RFR, RFM e reeducação da função deglutição. Tendo sido, posteriormente, por nós implementado, cumprido duas sessões diárias, de aproximadamente 30 minutos cada.

A preparação preliminar da conceção dos cuidados ao doente pressupõe a garantia dos cuidados de higiene oral (Direção Geral da Saúde, 2022; Unoki et al., 2023), sendo que na ausência destes, o EEER prontamente os executava, com o cuidado de fazer a devida inspeção à cavidade oral e mucosas, garantindo a sua integridade. Também a traqueostomia carecia de cuidados de higiene, com a preocupação de manter a via aérea artificial devidamente permeável e garantindo a integridade do estoma respiratório salvaguardando possíveis intercorrências.

Após auscultação torácica, foi evidente a presença de roncos. Contrastando este achado com a

imagem radiológica do tórax, dessa manhã, era claro a presença de secreções em ambos os lobos inferiores. Procedemos à limpeza das vias aéreas com recurso a drenagem postural modificada associando manobras acessórias (vibração e compressão) (Ordem dos Enfermeiros, 2018a). Atendendo a que o doente apresentou um pico de fluxo expiratório de 157L/mint, avaliado com recurso ao insuflador/exsuflador mecânico, o mesmo foi realizado para promover a limpeza das vias aéreas pela simulação mecânica da tosse e promover a reexpansão pulmonar e o aumento da compliance pulmonar (Ordem dos Enfermeiros, 2018a).

Estando estes cuidados garantidos, passávamos à adoção do correto posicionamento e alinhamento corporal do doente, no leito. Posteriormente, otimizamos a traqueostomia, com a desinsuflação do cuff e colocação da válvula fonatória (Rodrigues et al., 2015, Brodsky, 2019), requisitos necessários para realizar as técnicas de RFR, por forma a consciencializar o doente da via aérea superior, fazendo uso da mesma, e dos tempos respiratórios. Passamos, então, a realização do seguinte plano:

	1ª. Sessão	2ª. Sessão
Controlo e dissociação dos tempos respiratórios	1 série 10 repetições	1 série 10 repetições
Reeducação costal global com recurso a banda elástica	1 série 10 repetições	1 série 10 repetições

Tabela 6 - Plano de RFR implementado ao doente do estudo de caso 2

Atendendo ao estado geral do doente, à avaliação da escala de Borg modificada antes do exercício que era 0 (ausência de dispneia) em que o doente refere durante o exercício 5 (moderada a intensa) e aos parâmetros monitorizados, nomeadamente frequência cardíaca, frequência respiratória, tensão arterial e saturação periférica de oxigénio, fomos ajustando o plano de cuidados ao longo de cada sessão.

Além disso, na componente respiratória, conforme tolerância do doente, providenciávamos o dispositivo PowerBreathe KH2 para realizar TMI. O objetivo principal era melhorar a fraqueza muscular inspiratória e tratar a atrofia diafragmática iatrogénica ao desmame ventilatório complexo. Efetivamente, o doente já realizava este treino há algum tempo, com a equipa de EEER, pelo que eram objetivados ganhos pelo aumento gradual da pressão inspiratória máxima (PIM) que o doente apresentava. Este treino também se mostra necessário para a preparação do processo de descanulação no futuro, dotando o doente de condições anatomofisiológicas para tal. À nossa abordagem, na primeira sessão com o doente, para a realização do TMI foi avaliada a PIM com um resultado de 30cmH2O. O treino foi realizado com 30% da carga, que correspondia a 9cmH2O, realizando um total de 30 inspirações. Na segunda sessão, ao 62º dia de internamento, houve um ligeiro incremento da PIM, sendo esta de 33cmH2O, o que permitiu realizar o TMI com carga de 10cmH2O, num total de 30 inspirações.

Neste estudo de caso, importa referir a importância do uso da válvula fonatória, uma vez que esta permitiu restabelecer o fluxo aéreo pelas cordas vocais, viabilizando a emissão vocal (Liu et al., 2024). A sua utilização contribuiu para uma comunicação mais eficaz e assertiva, permitindo ao doente expressar-se de forma mais clara, participando ativamente nos cuidados e possibilitando ao EEER melhor entendimento – elementos essenciais para a humanização e segurança dos cuidados em UCI (Baptista et al., 2024).

A nível de força muscular, a avaliação da MRS-CC permitiu-nos chegar ao diagnóstico de FMACI, apresentando pontuação total de 36, preditor de fraqueza muscular grave.

Na tabela está a avaliação da MRS-CC na primeira sessão com o doente, que se mantém igual na segunda sessão:

	Esquerdo	Direito
Abdução do ombro	3	3
Flexão do cotovelo	3	3
Extensão do punho	3	3
Flexão da anca	3	3
Extensão do joelho	3	3
Dorsiflexão tornozelo	3	3
Total 36		

Tabela 7 - Avaliação da MRC-SS do doente do estudo de caso 2

Trata-se de um doente com internamento prolongado em UCI, que como aponta a literatura é vítima de um somatório de condicionantes onde destacamos a FMACI, delirium e, consequentemente, o declínio funcional (Gomes et al., 2021). Na presença de delirium o processo de reabilitação fica pendente, levando a que seja moroso ao longo do internamento em UCI, influenciando o incremento da FMACI e dependência funcional do doente, podendo esta questão ser caracterizada como um ciclo.

Assim, a RFM destaca-se como primordial. Este foi devidamente adaptado ao doente, procurando individualização do mesmo, em concordância com os objetivos delimitados a par com o doente. Deste modo, o plano de RFM instituído, foi o seguinte: mobilização polissegmentar (com recurso a cicloergómetro, de forma ativa e ativa-resistida ao nível dos membros superiores e dos membros inferiores); realização de posição de sentado no leito com pés pendentes; treino de equilíbrio sentado estático e transferência ativa-assistida para cadeirão.

O doente apresentava de equilíbrio ortostático grave, objetivado pela avaliação do equilíbrio com recurso à escala de Berg, sendo que obteve uma pontuação de 3, num total de 56 pontos. Também presente um risco de queda elevado, com necessidade de otimizar o ambiente para

prevenir eventuais quedas, como por exemplo, garantir as grades elevadas quando o doente está no leito.

Analisando a questão da deglutição comprometida, na aplicação do rastreio da disfagia, com recurso à GUSS-ICU o doente não passa no teste indireto da deglutição. Neste subteste são avaliados 6 aspetos, sendo que no item “tosse e/ou limpeza faríngea eficientes” a resposta foi não, uma vez que apresenta pico de fluxo da tosse de 159 litros/mint. Assim, este resultado recomenda que nada seja administrado por via oral, sendo que o doente deve ser encaminhado para um profissional especializado, que pode ser o EEER, terapeuta da fala ou médico especialista em ORL. Subsequente a isso, o doente já tinha sido observado pelo médico especialista em ORL e foi requisitada a realização de VFD, sendo este o exame de eleição na avaliação da deglutição, uma vez que é possível observar todas as fases da deglutição (Troll et al., 2023).

Posto isto, a intervenção do EEER na reeducação da função deglutição passou pela realização de treino indireto da deglutição, que incluiu: exercícios de amplitude e fortalecimento muscular (orofaciais e laríngeos), exercícios de resistência ou força específica (técnica Shaker ou exercícios de Masako) e exercícios respiratórios e de coordenação (dissociação de tempos respiratórios). O uso de válvula fonatória por si só, é um procedimento favorável ao treino da deglutição, uma vez que simula um sistema respiratório fechado, o que pode restaurar a pressão subglótica normal (Liu et al., 2024; Mills et al., 2023).

No que concerne à nível de funcionalidade, pela aplicação do índice de Barthel, com pontuação de 15 – dependência total para a realização de AVD.

Dada a fraqueza muscular, associada a períodos de desânimo vivenciados pelo doente, nem sempre se mostrou fácil a participação ativa do doente no processo de reabilitação, sendo que o treino de autocuidado, por mais subtil que fosse, era algo para qual o doente não estava motivado, e se negava a fazer.

Referir um aspeto importante, a presença constante da família no decorrer do internamento, sobretudo da esposa e do filho, que iam todos os dias visitar o doente, e isso era algo fundamental para o processo de reabilitação.

A Teoria do Défice de Autocuidado de Dorothea Orem sustenta que cada pessoa possui a capacidade e responsabilidade de cuidar de si própria, sendo que o papel do EEER se centra em colmatar ou compensar os défices existentes, promovendo a autonomia e o desenvolvimento pessoal (Silva et al., 2019).

No caso apresentado, trata-se de um doente internado há 60 dias em UCI, evidenciando um quadro de dependência funcional marcada, quer pela presença de FMACI, quer pelo longo internamento e conseqüente declínio global. Apresenta via aérea artificial (traqueostomia), com necessidade de recorrer a ventilação mecânica no período noturno, tendo ainda um quadro de

deglutição comprometida, privando-o de se alimentar por via oral.

À luz da teoria de Orem, o doente encontra-se num sistema totalmente compensatório, uma vez que apresentava um défice significativo na sua capacidade de realizar autocuidados (Orem, 2001). A falta de motivação apresentada pelo doente para participar no treino de autocuidados, mesmo nas atividades mais simples, é um aspeto relevante. A motivação para o autocuidado é uma componente essencial da capacidade funcional, pelo que o EEER, em articulação com a equipa multidisciplinar, deve identificar estratégias facilitadoras que promovam a adesão do doente (Silva et al., 2019). O envolvimento da família neste caso, revelou ser um pilar importante, com visitas regulares. Esta rede de suporte emocional e afetivo constitui uma condição facilitadora do autocuidado, contribuindo para o bem-estar psicológico do doente e potenciando a participação ativa no processo de reabilitação.

Ao longo de todo o percurso de cuidados, o EEER assumiu um papel de apoio-educação, fornecendo informações claras ao doente, promovendo a consciencialização sobre o seu estado funcional e orientando a execução dos exercícios de forma progressiva e segura, o que traduz um trabalho progressivo no sentido da transição gradual do sistema compensatório para um sistema de maior autonomia.

Por sua vez, tendo por base o modelo conceptual da Teoria das Transições de Afaf Meleis, o doente encontra-se num processo de transição de saúde/doença e situacional (Meleis, 2010). Por um lado, há uma mudança profunda no estado funcional e fisiológico, por outro lado, existe uma mudança contextual, pois o doente passa de uma fase crítica, em coma induzido sob VMI, para uma etapa em que se encontra consciente, orientado, em ventilação espontânea e capaz de participar no processo de reabilitação.

Esta transição apresenta diversas propriedades centrais, de acordo com a teoria de Meleis. O doente demonstrava consciência do seu estado e da importância da reabilitação, embora nem sempre motivado para participar nos autocuidados, apresentando episódios de recusa ou desânimo. O envolvimento, por conseguinte, foi variável ao longo do tempo, sendo influenciado por fatores físicos e emocionais. O tempo, enquanto dimensão desta transição, foi prolongado e gradual, exigindo ajustes constantes no plano de reabilitação. A mudança na identidade é evidente, uma vez que o doente se viu privado de satisfazer de forma autónoma necessidades humanas básicas, experienciando uma alteração na perceção de si próprio. Por fim, a criticidade da situação é elevada, dada a complexidade clínica e a coexistência de múltiplos fatores condicionantes da funcionalidade e da recuperação.

Importa considerar as condições que facilitam ou dificultam a transição (Meleis, 2010). Como facilitadores destacam-se o envolvimento contínuo do EEER, bem como toda a equipa multidisciplinar e a família. Por oposição, surgem como condições inibidoras: a marcada fraqueza muscular, a dependência funcional, a baixa tolerância ao exercício e os momentos de desmotivação por parte do doente.

O EEER assumiu, neste processo, um papel determinante na facilitação da transição. Desenvolveu intervenções específicas nos domínios da reeducação funcional respiratória, motora e da deglutição, respeitando a segurança clínica do doente.

Desta forma, a integração das teorias de Dorothea Orem e Afaf Meleis neste estudo de caso permite uma abordagem verdadeiramente holística. A teoria de Orem oferece uma estrutura para a análise objetiva das necessidades de autocuidado e para a planificação dos cuidados. Por sua vez, a teoria de Meleis, permite compreender e apoiar a experiência vivida pelo doente ao longo do processo de reabilitação, respeitando o seu ritmo, história, valores e rede de apoio. Ambas as teorias reforçam a importância de uma prática de enfermagem centrada na pessoa, não apenas como corpo em recuperação, mas como ser humano em transformação.

5. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

A competência pode ser definida como um processo dinâmico e evolutivo, que transcende a mera aquisição de conhecimentos técnicos e científicos, exigindo a sua aplicação prática de forma eficaz. Trata-se da capacidade de mobilizar e adaptar esses saberes às exigências do meio envolvente, resultando numa resposta satisfatória às diferentes situações (Bravo et al., 2022).

No âmbito da disciplina de Enfermagem, urge inferir que o desenvolvimento de competências especializadas resulta da ampliação dos domínios de competência do enfermeiro de cuidados gerais. Este processo traduz-se na aquisição de competências comuns e específicas, sendo as primeiras regulamentadas pelo regulamento de competências comuns do EE e as segundas definidas por regulamentos específicos de cada área de especialização. Define-se por competências comuns as competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialização. Estas refletem uma elevada capacidade na conceção, gestão e supervisão de cuidados, bem como um suporte eficaz ao exercício profissional especializado nos domínios da formação, investigação e assessoria. Por outro lado, as competências específicas estão relacionadas com as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, dentro do âmbito de atuação de cada especialidade. Estas manifestam-se na capacidade de prestar cuidados altamente adaptados às necessidades de saúde das pessoas (Ordem dos Enfermeiros, 2019c).

Tendo em conta o anteriormente referido, neste capítulo, será apresentada uma análise detalhada do desenvolvimento e aquisição de competências comuns do EE e de competências específicas do EEER, correlacionadas com a prática clínica ao longo dos vários contextos de estágio.

COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Os cuidados de saúde e, conseqüentemente, os cuidados de Enfermagem, assumem maior importância e exigência técnica e científica, sendo a diferenciação e a especialização, cada vez mais, uma realidade que abrange a generalidade dos profissionais de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2019c). Em Portugal, a Ordem dos Enfermeiros, enquanto associação profissional de direito público, regula a profissão de Enfermagem, assegurando o cumprimento das normas éticas e deontológicas, garantindo a dignidade do exercício de Enfermagem, regulamentando a sua prática. Assim, o título de EE é conferido, pela Ordem dos Enfermeiros, ao profissional a

quem é reconhecida competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade (Ordem dos Enfermeiros, 2019c).

As competências comuns do EE são designadas em quatro domínios: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento de aprendizagens profissionais (Ordem dos Enfermeiros, 2019c). Estes domínios serão explanados nos pontos seguintes.

Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

No que se refere ao domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, este está intrinsecamente ligado ao desenvolvimento de uma prática profissional pautada por princípios éticos e legais na área de especialidade. Tal implica atuar em conformidade com as normas jurídicas, os princípios éticos e a deontologia profissional, garantindo cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades inerentes à profissão (Ordem dos Enfermeiros, 2019c).

Este domínio pode ser compreendido como um pilar fundamental do exercício da Enfermagem, de forma transversal, conforme estipulado no artigo 8.º do Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro: “no exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p. 4).

No contexto da prática clínica, o respeito pelos direitos humanos, pela privacidade e dignidade do doente, bem como pelos seus valores, costumes e crenças espirituais, assume-se como essencial, assegurando igualmente a confidencialidade da informação clínica. No âmbito do mestrado em ER, durante os vários momentos de estágio, foi promovida a adoção desta conduta, garantindo o cumprimento de todos os princípios éticos e legais inerentes. Assim, a responsabilidade profissional foi integralmente assegurada, sustentando-se as tomadas de decisão numa análise crítico-reflexiva, garantindo uma abordagem ética e fundamentada. Em todas as intervenções realizadas, fez-se uso do consentimento informado, zelando pelo fornecimento de toda a informação necessária, dentro da ótica de Enfermagem, para garantir a devida compreensão da questão, validada pelo feedback do doente e/ou família, com base numa comunicação assertiva e eficaz. Tal era uma premissa necessária para desenvolver uma relação de ajuda alicerçada na confiança, promovendo a empatia, garantindo o respeito pela individualidade, diferença, autonomia e privacidade do doente e/ou família.

Exemplos, ao longo dos estágios, podem ser enumerados. Começando pela questão de prestar cuidados a doentes numa UCI de nível III, em que a maior parte dos doentes se encontram sob sedação e analgesia, apresentando assim alteração do estado de consciência (Vieira et al., 2020). Isto leva a que, muitas vezes, o doente se encontre em coma. Atendendo a isso, o EEER

tem de garantir a privacidade, dignificar os cuidados ao doente tendo por base os princípios éticos da beneficência e não-maleficência, garantindo uma abordagem holística, atendo à individualidade do doente e ser um defensor dos direitos humanos.

Outro exemplo relacionou-se com o facto de, em determinados momentos, devido à seleção dos locais de estágio, existir já um conhecimento prévio do doente e/ou da sua família. Levantam-se várias questões, mas o princípio mantém-se o mesmo, ter presente o código ético e deontológico da profissão e espelhá-lo naquilo que é a prática de ER, garantindo a confidencialidade e sigilo profissional, zelando pela construção de uma relação de ajuda de cariz meramente profissional. O princípio da confidencialidade é essencial para manter a confiança do doente no sistema de saúde, bem como nos profissionais, e garantir que a sua privacidade seja respeitada.

Pode ainda, dentro deste domínio, ser explanado o princípio ético da autonomia. O doente tem direito de tomar decisões informadas sobre o seu próprio corpo e tratamento. Tal implica o respeito pelas escolhas individuais e pela capacidade de decidir livremente, sem coerção. Em doentes do foro cardíaco, por exemplo, frequentemente, ao fornecer informações claras e compreensíveis ao doente, sobretudo a nível da necessidade de aquisição de hábitos de vida saudável, verifica-se que o doente não pretende adoptá-los. O papel do EEER é, de facto, facultar toda a informação necessária para que este tome as suas decisões de forma fundamentada. Independentemente da decisão do doente, o EEER deverá, sempre, respeitar a sua escolha.

Domínio da melhoria contínua da qualidade

No que diz respeito ao domínio da melhoria contínua da qualidade, este assenta em três competências fundamentais: assegurar um papel proativo no desenvolvimento e apoio às iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; promover a implementação de práticas de qualidade, através da gestão e colaboração em programas de melhoria contínua; e garantir a criação de um ambiente terapêutico e seguro (Ordem dos Enfermeiros, 2019c).

Nos estágios em cuidados de saúde diferenciados, nomeadamente, em contexto respiratório e cardíaco, foi possível participar, ativamente, na implementação de projetos de melhoria contínua. Em contexto respiratório debruçou-se acerca de duas temáticas: controlo de infeção e despiste da deglutição comprometida no doente crítico. A nível do controlo de infeção, em que o EEER era elo de ligação do grupo de trabalho do mesmo, este era dinamizador da instrução de trabalho relativa ao controlo da pneumonia associada à intubação. Além de ter realizado formação específica, teórica e prática, tinha o compromisso de garantir a efetivação da mesma aquando da prestação dos cuidados. Era tido como um suporte quando surgiam dúvidas e requisitado a atuar sempre que se mostrasse necessário.

O mesmo acontecia com o despiste da deglutição comprometida no doente crítico. Havia sido

dinamizada formação, à equipa, neste âmbito. Foi possível auscultar, junto à equipa, a mais-valia e os ganhos que estavam a ser conquistados com este projeto, uma vez que eram claros os ganhos em saúde. Os doentes com deglutição comprometida estavam a ser rastreados o mais precoce possível, e a serem alvo de intervenção especializada em tempo útil. Tais dados eram colhidos no programa informático em vigor, que permitia ver a elevada incidência de doentes com deglutição comprometida.

No âmbito da cardiologia, a equipa de Enfermagem estava a desenvolver um projeto focado na criação de um ambiente terapêutico e seguro. Durante o processo de admissão ao internamento, o doente realizava uma visita ao serviço, recebia um guia de acolhimento e era identificado com uma pulseira com os seus dados. O EEER, entre as suas responsabilidades, quando fosse prestar cuidados, tinha de garantir a correta identificação do doente. Além disso, no contexto da educação para a saúde, no serviço de cardiologia, o EEER dispunha de vários folhetos informativos desenvolvidos pela equipa de EEER. Consoante a patologia que motivava o internamento, era selecionado e entregue ao doente o folheto mais adequado, servindo de base para a realização dos ensinamentos. Esta abordagem permitia que o doente tivesse um suporte informativo acessível e, frequentemente, suscitava questões pertinentes, resultantes da leitura do material disponibilizado.

A participação nestes projetos em desenvolvimento possibilitou o aprimoramento de competências nesta área, reforçando a importância do EEER como um membro ativo e essencial da equipa.

Domínio da gestão dos cuidados

O domínio da gestão dos cuidados fundamenta-se em duas competências principais: gerir os cuidados de enfermagem, maximizando a resposta da equipa e promovendo a articulação entre os membros da equipa de saúde; e ajustar a liderança e a gestão dos recursos conforme as situações e o contexto, com o objetivo de assegurar a qualidade dos cuidados prestados (Ordem dos Enfermeiros, 2019c).

O EE, enquanto elemento da equipa multidisciplinar, desempenha um papel fundamental na tomada de decisão relativamente à condição clínica do doente. Podemos considerá-lo como um elemento determinante na gestão dos cuidados ao doente, inclusive no momento da alta, dada a profundidade do seu conhecimento sobre o estado de saúde do doente e o seu contexto sociofamiliar. Tal é corroborado por Sampaio (2019) que menciona, no seu estudo, que os enfermeiros demonstram uma prática interprofissional de colaboração e cooperação, com o intuito de desenvolver estratégias que melhorem o trabalho em equipa, contribuindo, positivamente, para a qualidade dos cuidados prestados ao doente e à sua família.

A multiplicidade de situações, ao longo dos estágios, permitiu a promoção do desenvolvimento deste domínio, em que o trabalho cooperativo com os tutores foi preponderante. Permitindo haver momentos de partilha e discussão de como agir em situações de gestão dos recursos, tanto humanos como materiais, de acordo com as circunstâncias e o contexto, com o objetivo de garantir a qualidade dos cuidados. De salientar, a criação de ambientes positivos e propícios à prática. Estes ambientes são entendidos como contextos organizacionais e relacionais que favorecem o desempenho seguro, ético e eficiente dos profissionais de saúde, promovendo a comunicação eficaz, o respeito mútuo, a valorização profissional e a autonomia na tomada de decisão. Além disso, são tidos como fundamentais para assegurar cuidados de excelência, fomentar o bem-estar dos profissionais e contribuir para resultados positivos em saúde (Moreira et al., 2023).

No contexto da comunidade, o tutor assumia igualmente a coordenação da equipa, desempenhando funções nesse âmbito. O EE, enquanto coordenador, orientava a sua equipa na procura pela excelência na prestação de cuidados de saúde, garantindo a sua eficácia e promovendo a satisfação do doente e da família. Era considerado uma referência na gestão, organização e prestação de cuidados, tanto para os pares como para os restantes profissionais de saúde que integram a equipa multidisciplinar.

Por exemplo, em situações de escassez de recursos humanos, competia ao EE gerir os meios disponíveis, assegurando a continuidade dos cuidados e reorganizando os horários de trabalho. Além disso, era também responsável pela gestão de stocks de materiais e ajudas técnicas, bem como pela garantia da manutenção preventiva das instalações, dos equipamentos e dos materiais.

Neste âmbito, o enfermeiro coordenador também era tido como um líder, motivando a sua equipa, gerindo conflitos, reconhecendo o potencial de cada elemento, enfatizando, sobretudo o trabalho em equipa. Uma liderança eficaz implica reconhecer o valor de cada elemento, motivar, inspirar e fomentar a mudança, assegurando um equilíbrio que respeite a diversidade e a individualidade (Cummings et al., 2018).

Domínio do desenvolvimento de aprendizagens profissionais

No domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, as competências essenciais incluem o reforço do autoconhecimento e da assertividade, bem como a fundamentação da prática clínica especializada em evidência científica (Ordem dos Enfermeiros, 2019a).

Na procura pela prestação de cuidados de ER de excelência é imperativo a constante atualização de conhecimentos nos mais diversos níveis. A evidência científica deve ser transferida para a prática clínica, promovendo, deste modo, cuidados de saúde mais seguros, efetivos e eficientes associados em melhores resultados para a saúde (Chien, 2019).

O período de estágios tem início, e no contexto respiratório, surge um vasto leque de oportunidades para aprofundar conhecimentos. Destacam-se, entre elas, a participação num congresso de Enfermagem intensiva polivalente, numa formação profissional na área da inaloterapia, assim como o desenvolvimento e implementação de protocolos de atuação na área da ER. Sempre que possível, foi priorizada a participação nestas atividades, visando o desenvolvimento de competências teórico-práticas e também relacionais. Houve muito trabalho em equipa multidisciplinar, sendo a proatividade e o envolvimento, fatores cruciais para a integração e desenvolvimento de um trabalho de valor. Toda esta dinâmica acaba por alavancar a melhoria contínua e, consequentemente, garantir a segurança na prática de cuidados de Enfermagem.

No contexto cardíaco, a situação não foi exceção. A equipa de ER estava a desenvolver vários momentos formativos, oferecendo a oportunidade de participação nos mesmos. Destacar que estas formações, no âmbito da ER, eram compostas por uma componente teórica e prática. Frequentemente, incluíam a análise e discussão de casos clínicos, promovendo o desenvolvimento do juízo crítico, a tomada de decisão e a partilha de experiências. Este processo revelou-se bastante enriquecedor, permitindo uma participação ativa, com discussões fundamentadas em evidência científica atual, e valorizando a comunicação entre os pares, com o objetivo de potenciar uma prática profissional sustentada e, continuamente, atualizada.

Concomitantemente com os estágios, embora externo a eles, destaca-se a participação num workshop sobre a temática da deglutição comprometida, realizado numa ULS do país. O workshop, intitulado "GUSS-ICU", foi conduzido por duas peritas na área da deglutição comprometida. Este momento formativo teve como objetivo agregar valor e promover o desenvolvimento de conhecimentos na área, bem como proporcionar a oportunidade de conhecer diferentes realidades na prestação de cuidados nesta especialidade e de partilhar experiências com o intuito de promover a melhoria contínua.

Na comunidade, verificou-se uma crescente necessidade de procura por evidência científica que sustentasse a prática, uma vez que o principal objetivo era inovar a cada sessão. Trabalhar nos cuidados de saúde primários difere do contexto habitual da prática, em cuidados diferenciados. Deslocamo-nos de um ambiente controlado, para um local desconhecido em que não havia conhecimento prévio do ambiente a ser encontrado. Inicialmente, essa realidade apresentou-se como um grande desafio, gerando alguma insegurança e receio, que, com o tempo, se transformou numa valiosa oportunidade de aprendizagem e desenvolvimento de conhecimentos. Com trabalho, esforço e dedicação, foi possível implementar práticas de qualidade, garantindo um ambiente terapêutico seguro e eficaz.

Destaca-se, igualmente, o convite para participar no desenvolvimento de um trabalho de investigação na comunidade. O trabalho consistiu na elaboração de um póster científico, relacionado com a saúde familiar e ER em contexto comunitário. O intuito era evidenciar as

boas práticas na comunidade, desenvolvidas pela ECCI, motivar a reflexão das necessidades e experiências de vida de uma família com uma criança com necessidades especiais e evidenciar o papel do EEER no empoderamento em saúde familiar. Após a sua conceção, o póster foi submetido a aprovação pela comissão organizadora de um congresso internacional. Foi aprovado e, posteriormente, apresentado pela primeira autora.

No decorrer do presente percurso académico, é de salientar a participação numas jornadas desenvolvidas por um núcleo de Enfermeiros Especialistas em ER, contribuindo com a coautoria de uma comunicação livre, com a temática Reabilitação Cardíaca na Pessoa Submetida a Cirurgia Cardíaca, a qual foi premiada com o 2º prémio.

Por último, fazer referência a uma proposta direcionada aos grupos parlamentares da Assembleia da República. A proposta baseou-se na solicitação da implementação de um regime de comparticipação excecional para laxantes a doentes com lesões vertebro-medulares. Esta necessidade surgiu durante uma intervenção a um doente do foro vertebro-medular, em que o familiar informou sobre o elevado valor monetário gasto, mensalmente, em medicamentos laxantes. Importa referir que o doente em questão não era capaz de satisfazer a necessidade básica da eliminação intestinal sem recorrer a laxantes, devido à sua condição clínica. Além disso, os medicamentos laxantes não eram comparticipados. Fazendo uma pesquisa na lista de medicamentos em regime de comparticipação excecional, atualmente em vigor, rapidamente, se descortinou que os laxantes não constavam na lista. Face a esta situação, foi redigida a proposta aos vários grupos parlamentares que integram a Assembleia da República, a qual se anexa ao presente relatório. Esta oportunidade surgiu no contexto de estágio e, sendo uma preocupação expressa pela família, enquanto profissional de saúde, e em processo de desenvolvimento de competências, considerou-se oportuno atuar desta forma.

A proposta foi aceite por dois grupos parlamentares e foi dirigido um convite a participar numa reunião na Assembleia da República para explorar o proposto. Esta decorreu no mês de fevereiro e levou a que a problemática tivesse a devida atenção, incorporando na mesma outros diagnósticos médicos que levam a quadros de obstipação e que requerem o uso regular de laxantes. O tema foi abraçado pelos grupos parlamentares e avançará para desenvolvimento, tendo por objetivo primordial ser apresentado em debate parlamentar, futuramente. Esta experiência, além de ter sido algo distinto, permitiu atribuir valor ao papel do enfermeiro, enquanto profissional de saúde, privilegiando a melhoria contínua também da assistência em saúde garantindo práticas de qualidade.

COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

A investigação na área da saúde aliada ao avanço do conhecimento, convocam o EEER a desenvolver uma prática baseada na evidência, orientada para os resultados sensíveis aos cuidados de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2019a). Seguindo esta linha de pensamento, a definição de competências dentro da sua área de especialização é imperativa, de acordo com o alvo e o contexto de intervenção, dando a conhecer à população o papel do EEER.

As competências específicas do EEER são integradas em três domínios: cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados; capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania; e maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa (Ordem dos Enfermeiros, 2019a).

Ao longo dos estágios, atendendo aos diferentes contextos, a soma das várias experiências vividas permite a aquisição e desenvolvimento das competências específicas do EEER. De salientar que, no semestre anterior, os estágios em contexto neurológico e ortopédico, marcaram o ponto de partida do percurso académico em contexto de ensino clínico, levando a que, nestes estágios haja um contínuo crescimento do estudante enquanto futuro EEER e mestre.

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

O EEER avalia e determina as necessidades de cuidados específicos em indivíduos de todas as faixas etárias que, devido ao seu estado de saúde, deficiência, limitações funcionais ou restrições na participação social, temporárias ou permanentes, apresentam dificuldades em realizar, de forma independente, as AVD. O EEER concebe, implementa e avalia programas e planos de intervenção especializados, com o objetivo de promover a qualidade de vida, a reintegração e a participação ativa na sociedade (Ordem dos Enfermeiros, 2019a).

Ao dar início a este processo, o EEER avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações de atividade e incapacidade do doente, muitas vezes sustentada pelo recurso a escalas e instrumentos de avaliação. Estes instrumentos são cruciais no processo de tomada de decisão de intervenções diagnósticas e terapêuticas, assim como na formulação de programas de saúde (Coluci et al., 2015). A monitorização de sinais vitais e a constante avaliação de sinais e sintomas do doente também são componentes presentes nos momentos de avaliação e implementação do plano de reabilitação.

O percurso traçado nos contextos de estágio proporcionou a possibilidade de efetuar diferentes

diagnósticos de doentes com alterações em vários sistemas. Seguem-se alguns exemplos vivenciados, explorando a tomada de decisão baseada em evidência científica.

No doente crítico, internado em UCI, várias são as escalas a que, invariavelmente, temos de recorrer para uma avaliação exímia (Afonso, 2024), uma vez que na maior parte dos casos o doente apresenta alteração do estado de consciência, encontrando-se em coma (Sousa, 2020). O recurso a escalas e instrumentos de avaliação evidencia de forma concreta a avaliação do EEER, permitindo garantir a objetividade da avaliação e a continuidade dos cuidados por parte dos demais profissionais de saúde. Exemplos de escalas e instrumentos de avaliação usados, com referência a aspetos relevantes, serão descortinados de seguida.

O nível de consciência do doente é um fator determinante para a intervenção do EEER. Com recurso à ECG e à RASS, conseguimos perceber qual o grau de consciência e de sedação do doente, aspetos importantes naquilo que será a participação do doente no seu processo de reabilitação. A escala Confusion Assessment Method for Intensive Care Unit (CAM-ICU) permite-nos averiguar a presença, ou não de delirium, o que poderá ser um fator impactante na avaliação do doente. Muitas vezes, o delirium é subdiagnosticado, uma vez que a sua forma hipoativa tem, com regularidade, a sedação e a confusão como características comuns (Vieira et al., 2020). O EEER tem um papel considerável no diagnóstico e prevenção do delirium no doente em UCI, uma vez a intervenção deste profissional atua como fator favorável na prevenção e tratamento do delirium. O delirium pode ser traduzido, na ótica do EEER, como uma limitação na atividade ou restrição na participação, ainda que temporária, do doente. Assumindo a relevância do tema, este foi desenvolvido num dos estudos de caso apresentados.

A avaliação da força muscular constitui um pilar no trabalho do EEER, transversal a todos os contextos da prática. A escala utilizada na avaliação da força muscular, a escala MRC, permite ao EEER avaliar e monitorizar os ganhos em saúde no que diz respeito à força muscular. Tanto na comunidade como em meio hospitalar, o resultado obtido nesta escala é um dado que influencia o plano de cuidados de reabilitação, bem como o programa de exercício físico, se assim for o caso. Por exemplo, em contexto comunitário, um doente com hemiplegia do membro superior direito. Na primeira avaliação do grau da força muscular foi traçado um plano, com objetivos partilhados e consentidos pelo doente, no sentido de incrementar a força muscular do membro superior direito, com o intuito major de promover a funcionalidade do mesmo, zelando pela autonomia na satisfação dos autocuidados e na execução das AVD. O doente, após cinco semanas, em que tinha três vezes por semana uma sessão de cuidados especializados de ER, começou a mostrar resultados positivos, com o aumento da força muscular do membro superior direito, com mais pontuação na escala de MRC. Neste processo, houve necessidade de ajustar o plano de cuidados, ir ao encontro daquilo que eram os objetivos do doente, priorizando a sua qualidade de vida, a reintegração e a participação ativa na sociedade. Tendo em consideração a Teoria das Transições de Afaf Meleis, o percurso deste doente pode ser entendido como uma transição de saúde/doença (Meleis, 2010), marcada por alterações na funcionalidade. Desde a

primeira avaliação, o envolvimento do doente na definição dos objetivos do plano de cuidados refletiu uma abordagem centrada na pessoa, promovendo a sua consciência e participação ativa no processo de reabilitação. A evolução positiva, traduzida pelo aumento da força muscular (avaliada pela escala de MRC), evidencia indicadores de uma transição saudável. O reajuste do plano de cuidados permitiu alinhar a intervenção com as metas e prioridades do doente, promovendo a autonomia, qualidade de vida e reintegração social. O EEER assume, neste contexto, um papel fundamental como facilitador do processo de transição.

A deglutição comprometida encontra-se de forma íntima relacionado com a participação social do doente (Jaghbeer et al., 2023). A preocupação pela recuperação e manutenção da função de deglutição é transversal ao doente e família, uma vez que esta é associada como essencial à sobrevivência. A deglutição, diretamente relacionada com a alimentação é tida como uma função fundamental para a manutenção da vida (Moreira et al., 2021). A escala Gugging Swallowing Screen (GUSS), validada para o despiste da deglutição comprometida, foi usada, nos estágios de contextos comunitário e cardíaco, para identificar os distúrbios de deglutição. A sua aplicação mostrou-se essencial sobretudo pela fácil aplicabilidade, permitindo tomar as devidas diligências na presença de um doente com deglutição comprometida através da pontuação obtida com a escala. O recurso à escala GUSS permite-nos diminuir as complicações que advém do quadro de deglutição comprometida, como a ocorrência de pneumonia por aspiração nos doentes em fase aguda, possibilitar intervenções de reabilitação de forma precoce e, assim, melhorar a qualidade de vida do doente (Ferreira et al., 2018; Oliveira, 2024).

Na componente de estágio cardíaco, houve a possibilidade de trabalhar com uma doente que tinha estado internada previamente na UCI e apresentava o diagnóstico de deglutição comprometida. Por esse motivo a doente era alimentada e hidratada através de sonda nasogástrica. Havia, inclusive, registo de observação pela especialidade de ORL que descartava qualquer questão anatómico-fisiológica que justificasse o diagnóstico. À nossa avaliação inicial foi implementada a escala de GUSS e o resultado obtido era preditor da doente necessitar de avaliação especializada. Partiu-se para a avaliação dos pares cranianos, sem ter sido encontrada alteração a este nível. Foi comunicado à equipa médica, que prontamente solicitou colaboração do terapeuta da fala. Até à sua avaliação foi delimitado e implementado um plano de cuidados de reabilitação da função alimentação que contemplava: avaliação da deglutição, promoção da deglutição eficaz (com recurso a manobras compensatórias e terapêuticas) e reeducação da deglutição (Moreira et al., 2021; Oliveira, 2024). As diligências adotadas, revelam o papel do EEER e o seu real contributo em doentes com a deglutição comprometida, atuando na sua área de intervenção e sinalizando para a colaboração de outros profissionais de saúde, estimulando o trabalho multidisciplinar. Neste modo, à luz da TEDA, de Dorothea Orem, o caso apresentado enquadra-se numa situação de défice do autocuidado no domínio da alimentação e hidratação, em virtude da deglutição comprometida. A doente, impossibilitada de satisfazer autonomamente esta necessidade básica, dependia da intervenção de outros para a suprir,

justificando a aplicação do sistema de enfermagem totalmente compensatório (Orem, 2001). A intervenção do EEER, com base na teoria de Orem, identifica como métodos de ajuda: guiar e orientar, proporcionar e manter um ambiente que promova o desenvolvimento pessoal e ensinar. O intuito é facultar à doente o necessário para restabelecer a função deglutição, daí o plano de cuidados de reabilitação, para que se transite para um sistema parcialmente compensatório, em que o EEER enfermeiro compensa as limitações da pessoa na satisfação do seu autocuidado.

No doente internado em UCI, a deglutição comprometida foi avaliada com recurso à escala GUSS-ICU. A identificação precoce e a intervenção adequada na deglutição comprometida em doentes internados em UCI são essenciais para prevenir complicações como a pneumonia por aspiração (Costab, 2020; Silva, 2022). A utilização de avaliações padronizadas e a implementação de estratégias terapêuticas baseadas em evidência científica, aliadas a uma abordagem multidisciplinar, são pilares fundamentais para a gestão eficaz da disfagia neste contexto (Oliveira, 2024; Silva, 2022). Sendo esta a temática central do presente relatório, optamos por a aprofundar no desenvolvimento dos estudos de caso.

A dispneia em doentes do foro respiratório compromete, frequentemente, a capacidade para realizarem autonomamente as AVD. Essa condição de saúde acarreta consequências nos mais diversos níveis, impactando a sua qualidade de vida (Ordem dos Enfermeiros, 2018a). O EEER desempenha um papel fundamental na RFR, associando a isso prescrição de exercício físico, autogestão da doença incluindo técnicas de gestão de energia. O objetivo central é a ascensão da condição do doente, permitindo que este vivencie ganhos em saúde. Fez-se recurso da Escala de Borg modificada para avaliar a perceção subjetiva de esforço durante a atividade física ou reabilitação (Ordem dos Enfermeiros, 2018a).

O estágio em contexto respiratório decorreu numa UCI. Este proporcionou uma vivência clínica desafiante e profundamente enriquecedora, onde a mestrande teve a oportunidade de integrar e desenvolver competências específicas do EEER, nomeadamente na RR. Este contexto exigiu um olhar clínico apurado, por todas as particularidades inerentes à condição do doente crítico e também pela avaliação rigorosa que exige. A monitorização durante e após a intervenção do EEER é mandatória, aliada à avaliação das componentes cardiovasculares e respiratórias, assim como o nível de consciência da pessoa (Peres & Ferreira, 2020).

Partindo da avaliação do doente o plano de cuidados era delimitado com vista à sua recuperação, procurando mitigar os efeitos nefastos decorrentes da imobilização prolongada inerente ao internamento em UCI. Esta conduzia, na maior parte dos casos, a quadros de FMACI que também afetava os músculos respiratórios, comprometendo a ventilação e a eficácia da limpeza das vias aéreas. Esta condição levava a que o doente estivesse sob suporte mecânico ventilatório e a intervenção do EEER fosse planeada com rigor. Tínhamos de garantir que era seguro a implementação de cuidados de ER e que estes eram adaptados à condição clínica do

doente. Para tal, a nossa prática baseava-se na mais atual evidência científica e o planeamento era delineado em equipa, sustentado na avaliação do doente e no controlo analítico e imagiológico do mesmo. Aliado a tudo isto as discussões, de cada caso clínico, com os tutores foram extremamente importantes, uma vez que a expertise clínica de ambos era notória e crucial para a definição de planos de cuidados rigorosos, contribuindo para o desenvolvimento de juízo clínico e tomada de decisão da mestrandia. Além disso, ambos os tutores foram fatores facilitadores do processo de aprendizagem e aquisição de competências, possibilitando a atuação ativa da mestrandia ao longo do estágio.

De salientar que a unidade contemplava um vasto leque de equipamentos de suporte ventilatório e dispositivos respiratórios, o que levava a que o EEER tivesse conhecimento dos mesmos e garantia o uso e manutenção adequados. Isso revelou-se um desafio, conduzindo a mestrandia a aprofundar conhecimentos na área, garantindo uma prática segura e baseada em evidência científica. Outro aspeto particular da UCI diz respeito ao nível de consciência dos doentes, onde muitos doentes estão sedados com consciência diminuída ou delirium, impactando o processo de reabilitação – assim, o plano de cuidados era reformulado e adaptado à nova condição do doente. Este aspeto também foi desafiante, pois a literatura diz-nos que a intervenção do EEER é positiva na prevenção e tratamento do delirium, contudo também sabemos que o delirium influencia, negativamente, a capacidade de compreensão e participação no processo de reabilitação (Vieira et al., 2020). Portanto, em doentes com delirium foi necessária uma gestão distinta, em alguns casos com recurso a tratamento farmacológico, de modo a ser possível a intervenção de ER.

A avaliação do equilíbrio corporal, estático e dinâmico, é um aspeto essencial na prática do EEER, especialmente na prevenção de quedas e na promoção da autonomia funcional do doente. Para uma análise objetiva e fundamentada, recorremos a instrumentos validados, como a Escala de Equilíbrio de Berg e o Índice de Tinetti, que permitem quantificar a estabilidade postural e identificar riscos associados a défices de equilíbrio e mobilidade (Ordem dos Enfermeiros, 2017). O equilíbrio corporal é um fator determinante para a execução das AVD e para a qualidade de vida dos doentes, particularmente em populações vulneráveis, como idosos, pessoas com eventos neurológicas ou ortopédicos. A avaliação clínica do equilíbrio permite detetar precocemente alterações posturais, dificuldades na marcha e instabilidade, possibilitando a implementação de estratégias direcionadas à reabilitação e à prevenção de quedas (Lourenço et al., 2021). Nos vários contextos foi possível implementar esta avaliação, dado o vasto leque de doentes com alterações do equilíbrio corporal e marcha.

A avaliação dos aspetos psicossociais é igualmente importante, pois podem interferir no processo de reabilitação (Ordem dos Enfermeiros, 2019a). Exemplo disso, em contexto de estágio, é o caso de uma doente, com 77 anos, internada em UCI, cujo diagnóstico à admissão era hemorragia subaracnóidea secundária a rotura de um aneurisma cerebral. A avaliação especializada, por parte do EEER, acontece às 24 horas de internamento. Avaliado o nível de

consciência da doente, com recurso à escala de coma de Glasgow, a pontuação final deu 15, ou seja, a doente abria os olhos de forma espontânea, apresentava um discurso verbal orientado e a nível motor obedecia a ordens. Seguindo para a avaliação dos défices neurológicos foi utilizada a National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS), uma escala padrão, validada e segura para avaliação do défice neurológico em casos clínicos de acidente vascular cerebral (Brandão et al., 2019). Nesta avaliação, no item orientação, onde perguntamos a idade e o mês do ano, a doente errou ambas, sendo um resultado díspar da avaliação feita na admissão, o que nos deixou alerta. Explorando este aspeto, foram realizadas mais questões à doente, como a sua data de nascimento, o ano em que nos encontrávamos e a doente continuava a responder incorretamente. Conseguimos, ao fim de várias questões, chegar ao ponto fulcral da questão, a doente era analfabeta. Um aspeto que não é previsto na escala NIHSS e que, invariavelmente, poderia criar um viés à avaliação neurológica da doente. Cabe refletirmos sobre a adequada aplicação da escala, mas também à necessidade imperativa do sentido crítico do EEER no recurso à mesma, tendo por base a avaliação holística do doente como estritamente necessária, pois a componente psicossocial tem um impacto significativo na avaliação do doente, mostrando-se imprescindível para melhorar a qualidade de vida e individualizar o plano de cuidados (Silva & Bezerra, 2020).

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

O EEER estuda as questões relacionadas com a deficiência, as limitações na atividade e as restrições na participação na sociedade atual, com o objetivo de desenvolver e implementar intervenções autónomas e/ou em colaboração com equipas multidisciplinares. Estas ações são concebidas em conformidade com o contexto social, político e económico, promovendo uma maior consciência e inclusão social (Ordem dos Enfermeiros, 2019a).

Neste âmbito importa falarmos sobre reabilitação cardíaca. Sendo esta um conjunto estruturado e sequencial de intervenções dirigidas a indivíduos que sofreram um evento agudo com impacto na função cardíaca e, conseqüentemente, na sua qualidade de vida (Delgado et al. 2020a). Assim, torna-se fundamental implementar estratégias que promovam a melhoria funcional do doente, contribuindo para a estabilização da sua função cardíaca. Em contexto de estágio, a realidade experienciada remeteu para a fase I do programa de reabilitação cardíaca. Esta tem um papel fundamental na recuperação inicial do doente, com intervenções que visam estabilizar o estado clínico, controlar os fatores de risco cardiovascular e promover a adoção de hábitos de vida saudáveis (Delgado et al., 2020b; Ordem dos Enfermeiros, 2020). A implementação de intervenções educativas, a prescrição de exercício físico fundamentada na metodologia FITT-VP (Frequência, Intensidade, Tempo, Volume e Progressão), a utilização do teste de marcha de 6 minutos e a aplicação de técnicas de gestão de energia constituíram estratégias cruciais para

garantir a reabilitação segura e a melhoria da qualidade de vida do doente do foro cardíaco (Ferreira, 2023).

Além disso, o treino de AVD é algo de extrema importância a ser abordado, essencialmente pela questão da gestão da energia, visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida (Ordem dos Enfermeiros, 2019a). Atividades como o banho, vestir e despir, barbear, subir e descer escadas foram exemplos do que abordamos com os doentes, tanto a nível teórico como prático. A utilização de produtos de apoio (nomeadamente, ajudas técnicas e dispositivos de compensação) também foram recursos utilizados no treino de AVD.

A determinação do grau de autonomia é fundamental tanto para a avaliação do estado de saúde do doente como para o planeamento dos cuidados, tendo em consideração as suas necessidades específicas. Neste contexto, o Índice de Barthel destaca-se como um instrumento fiável e de fácil aplicação. Este índice é utilizado para medir a independência funcional da pessoa nas AVD, avaliando 10 aspetos essenciais relacionados com a mobilidade e os cuidados pessoais. A análise dos diferentes itens que o compõem permite identificar as áreas de incapacidade, possibilitando um conhecimento detalhado da autonomia em cada dimensão específica (Direção-Geral da Saúde, 2011). Este detalhe é importante para uma planificação de cuidados individualizados, dado que duas pessoas podem apresentar a mesma pontuação final, mas ter necessidades distintas (por exemplo, uma com maior limitação na alimentação e outra na mobilidade). Além de proporcionar uma avaliação rigorosa, o Índice de Barthel facilita o planeamento de intervenções de reabilitação e a monitorização da evolução funcional ao longo do tempo (Karsten et al, 2024; Reis et al, 2021).

Em todos os momentos da prática foi salvaguardada a promoção de ambientes seguros, zelando pela diminuição de fatores de risco ambientais relacionados com alteração da funcionalidade do doente. Exemplo disso, para o treino de marcha era solicitado o uso de calçado bem ajustado ao pé, de preferência com sola antiderrapante, o ambiente bem iluminado, o pavimento isento de tapetas e eram evitados pisos molhados ou danificados. No treino do autocuidado higiene pessoal, nomeadamente na casa de banho, o ambiente devia contemplar apoios laterais, um banco e se possível, a nível arquitetónico, na presença de banheira fazer-se a substituição para poliban.

No caso particular de um doente, em contexto comunitário, que deambulava em cadeira de rodas e tinha sido avaliado com uma incapacidade superior a 60%, pelo atestado médico de incapacidade multiúsos, ao realizar visita domiciliária foi possível identificar diversas barreiras arquitetónicas. O acesso da casa ao exterior era feito por escadas, a cadeira de rodas não passava na casa de banho dada à sua reduzida dimensão, e a cama articulada tinha de estar na sala pois o quarto não reunia condições para o doente entrar com a cadeira de rodas e mobilizar-se no sentido de fazer a sua transferência para a cama. A problemática vivenciada

pelo doente partia da necessidade de adaptação da habitação para garantir a sua mobilidade e acessibilidade, sendo que se tratava de uma família com dificuldades económicas. Após uma breve pesquisa sobre legislação, encontramos que o atestado médico de incapacidade multiúso confere ao seu detentor o direito a benefícios na ampliação ou realização de obras de conservação da habitação (Serviço Nacional de Saúde, 2024). Assim, remetendo o assunto para a assistente social da UCC, deu-se início a todo o processo. O ambiente em que as pessoas vivem e se desenvolvem é composto por diversos fatores, como elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais, que influenciam os seus estilos de vida e, consequentemente, impactam o conceito de saúde e de doença. Na prática de Enfermagem, é essencial focar a complexa relação de interdependência entre a pessoa e o ambiente (Ordem dos Enfermeiros, 2012). Neste caso, o EEER, reconheceu o impacto do ambiente na condição do doente. Além de diagnosticar o problema, sustentou a sua prática na legislação em vigor, procurando promover a mobilidade, acessibilidade e participação social do doente, uma vez que o doente ficava confinado ao domicílio, a maior parte do tempo, por não ser capaz de se ausentar de forma autónoma dada as barreiras arquitetónicas existentes, promovendo o seu isolamento social.

Por último, abordar a dinamização de uma sessão de educação para a saúde, em contexto comunitário, em parceria com a enfermeira especialista em saúde materna e obstétrica. A população-alvo da sessão eram mulheres, em período pós-parto, sendo a temática a abordar a reabilitação dos músculos abdominais e do pavimento pélvico. A sessão intitulada “(Re)habilitar os músculos abdominais e do pavimento pélvico no pós-parto” surgiu no âmbito do estágio na UCC. O objetivo principal era promover a reabilitação dos músculos abdominais e do pavimento pélvico. Para isso recorremos a um plano de treino que englobava RFR e RFM. A sessão foi dividida em duas partes: teórica e prática. Teve início com uma breve abordagem da anatomia dos músculos abdominais e do pavimento pélvico, bem como as alterações a que estão sujeitos no período pós-parto. Seguiu-se a vertente prática, em que foram instruídos e treinados um plano de exercícios. Com o intuito de dar continuidade ao explorado na sessão, foi facultado, a cada participante, um documento com o plano de exercícios realizado. A abordagem especializada do EEER, neste contexto, melhora a experiência da mulher e contribui para a promoção da sua saúde e capacitação na gestão desta nova etapa. O trabalho desenvolvido teve por base a teoria de transição de Meleis, a qual enfatiza o processo de transição vivido ao longo da vida, destacando o papel essencial da enfermagem na facilitação dessas mudanças (Meleis, 2010). O período pós-parto representa um exemplo significativo desse conceito, uma vez que a mulher enfrenta diversas transformações físicas, emocionais e sociais, exigindo uma adaptação progressiva à nova realidade (Caetano et al., 2024). A aplicação da teoria de Meleis na prática de Enfermagem permite compreender as dificuldades vivenciadas pelas mulheres no pós-parto e direcionar cuidados centrados na pessoa. Além disso, evidencia a importância de um acompanhamento contínuo, garantindo suporte adequado durante esta transição e

favorecendo a adaptação saudável à maternidade. Esta sessão possibilitou o desenvolvimento de diversas competências, permitindo uma abordagem abrangente das áreas de intervenção do EEER, promovendo o trabalho em equipa multidisciplinar, com o foco na capacitação da pessoa para a reinserção e exercício da cidadania.

Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa

No perfil de competências específicas do EEER, a competência de maximização da funcionalidade e desenvolvimento das capacidades da pessoa implica a promoção de atividades que favorecem a melhoria das suas capacidades funcionais, contribuindo para um melhor desempenho motor, cardíaco e respiratório, e, conseqüentemente, potenciando o rendimento e desenvolvimento pessoal (Ordem dos Enfermeiros, 2019a).

A interdependência entre os sistemas motor e cardiorrespiratório é fundamental na prática da Enfermagem de Reabilitação. Para que o corpo execute qualquer atividade motora, os músculos necessitam de oxigénio, o qual é captado pelo sistema respiratório e, após as trocas gasosas, distribuído pelo sistema circulatório. Um descondicionamento em qualquer um destes sistemas pode levar a uma compensação inadequada do outro, resultando em défice funcional, manifestado por dispneia e intolerância à atividade (Lin et al., 2015; Vaz et al., 2020). Portanto, é crucial reverter este ciclo e potenciar a capacidade funcional do doente.

A capacidade funcional corresponde à habilidade da pessoa para realizar, de forma autónoma e independente, as AVD (Delgado et al., 2020c). Existem várias formas de avaliar a capacidade funcional do doente, sendo que esta dependerá do contexto onde está inserido e em função das suas capacidades. São exemplos de teste para avaliação da capacidade funcional: teste de marcha, teste de mobilidade, teste de equilíbrio e teste de força muscular. Em estágio, no contexto cardíaco, em que os doentes se encontravam na fase I do programa de reabilitação cardíaca, foi possível implementar o teste de marcha dos 6 minutos e o Time Up and Go Test. Os resultados obtidos permitiram definir critérios de segurança e prescrever planos de treino adaptados à condição do doente.

Na elaboração de programas de treino foi seguida a metodologia FITT-VP. Aquando a implementação dos mesmos foram assegurados os critérios de segurança através da avaliação da percepção subjetiva de esforço através da escala de Borg modificada, monitorização de saturação periférica de oxigénio, frequência cardíaca e tensão arterial. Associado a isso, assegurou-se a avaliação regular do doente e dos resultados de cada sessão, ajustando as intervenções conforme a evolução e necessidades individuais (Ordem dos Enfermeiros, 2020). Tendo em conta as preferências e limitações específicas de cada doente procuramos personalizar os programas implementando diversas opções de treino.

Neste estágio deparamo-nos com a limitação de apenas contactar com doentes na fase I do

programa de reabilitação cardíaca. Certo que foi possível perceber, na íntegra, toda a dinâmica definida para esta etapa, porém havia uma rotura no seguimento destes doentes, pois a instituição de saúde onde decorreu o estágio não tinha implementada a fase II. Trata-se de uma realidade no nosso país, os doentes que tem alta do internamento hospitalar, onde integraram a fase I do programa de reabilitação, vão para o domicílio sem a possibilidade de frequentar a fase II (Delgado et al. 2020b). Aqui o EEER assume um papel determinante, sobretudo na educação para a saúde. Os ensinamentos realizados são de extrema importância, tendo sido foco da prestação de cuidados especializados, incidindo na patologia cardiovascular, fatores de risco cardiovascular modificáveis e não modificáveis, alimentação saudável, exercício físico e gestão do regime terapêutico (Ordem dos enfermeiros, 2020). Na maior parte das vezes foi promovido o envolvimento da família. Contudo, nada que consiga colmatar a frequência num programa de reabilitação cardíaca. Para estes doentes, a participação em programas de reabilitação cardíaca é essencial, pois tem sido relacionada com uma maior resistência ao esforço, um aumento do limiar isquémico, um melhor controlo dos fatores de risco cardiovascular e uma perceção mais favorável do estado de saúde, o que, por sua vez, contribui para uma melhoria da qualidade de vida (Delgado et al., 2020).

Na comunidade houve a oportunidade de conceber sessões de treino com vista à promoção da saúde, à prevenção de lesões, capacitação e à autogestão. A nível motor, o caso de um doente com alteração do equilíbrio dinâmico e da coordenação motora, em que trabalhávamos ambas, procurando inovar a cada sessão, promovendo a capacitação do doente e a adesão ao plano de treino. A isso associamos a reabilitação funcional respiratória, uma vez que, entendemos que a otimização da musculatura respiratória promove um aumento da capacidade para realizar exercício físico e consequentemente a qualidade de vida (Ordem dos enfermeiros, 2018a). Abordar também, o caso de uma senhora com cancro do pulmão, para quem foi desenvolvido um plano de RFR e RFM, com o intuito de manter a capacidade funcional, sobretudo para desenvolver as AVD e satisfazer os autocuidados, zelando pela qualidade de vida. Nos doentes com cancro do pulmão, a fadiga e a dispneia limitam a sua atividade física, resultando no descondicionamento músculo-esquelético (Ordem dos enfermeiros, 2018a). Esta condição tem um impacto negativo na qualidade de vida e na autonomia para a realização das AVD, aspetos atendidos e trabalhados enquanto EEER. Em todos os momentos foi realizada a avaliação e reformulação dos programas de treino implementados, tendo em consideração a monitorização dos resultados obtidos em função dos objetivos definidos com o doente.

Em ambos os casos supracitados, a nossa prática teve por base a Teoria das Transições de Afaf Meleis. As intervenções desenvolvidas acompanham processos de transição situacional e de saúde/doença, nomeadamente após alterações motoras e respiratórias significativas. A intervenção do EEER é essencial, uma vez que estas situações exigem adaptação funcional e emocional por parte dos doentes. A nossa abordagem pretendeu promover a capacitação e autonomia, dois indicadores de uma transição saudável segundo Meleis (2010). O plano de

reabilitação procurava amenizar os efeitos da doença e manter a capacidade funcional, o que revela um cuidado centrado na pessoa e no seu contexto de vida. Podemos concluir que o papel do EEER enquanto facilitador da transição é evidente: há apoio, inovação na intervenção e promoção da adesão, elementos que favorecem a adaptação e o bem-estar durante o processo de transição.

6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO

O culminar do presente relatório reflete um percurso formativo consolidado, no qual foi possível integrar e desenvolver as competências comuns do EE e as competências específicas do EEER. A escolha da temática, a intervenção do EEER ao doente crítico com compromisso da deglutição, revelou-se pertinente pela elevada incidência desta problemática em UCI, como pela necessidade de produzir evidência que suporte a prática de ER nesta área.

Os objetivos inicialmente propostos foram plenamente alcançados. Ao longo dos vários contextos de ensino clínico, nomeadamente em ambiente hospitalar e comunitário, foi possível adquirir, demonstrar e aprofundar competências especializadas, sustentadas em evidência científica, pensamento crítico-reflexivo e modelos teóricos de referência, como a Teoria das Transições de Afaf Meleis e a TEDA de Dorothea Orem. Através da análise de dois estudos de caso — um doente pós-extubação e outro traqueostomizado — foram concebidos e implementados planos de cuidados diferenciados, orientados para a promoção da funcionalidade, da segurança na deglutição e da autonomia da pessoa.

A alteração da deglutição compromete de forma significativa a saúde e a qualidade de vida da pessoa, uma vez que provoca não só alterações anatomofisiológicas que promovem a dependência funcional, mas também consequências psicológicas que podem culminar em isolamento social. Em contexto de cuidados intensivos, a deglutição comprometida está associada a complicações relevantes, que consequentemente levam a internamentos prolongados a nível hospitalar, com aumento dos custos associados e, em casos mais graves, à mortalidade. Assim, torna-se fundamental a implementação de intervenções dirigidas à prevenção de complicações e à reabilitação da função da deglutição. Neste âmbito, importa salientar o papel do EEER na abordagem ao doente com deglutição comprometida, nomeadamente no despiste precoce, na implementação de intervenções de reabilitação, na promoção da capacidade funcional e na prevenção de complicações, em articulação com os demais profissionais que contemplam a equipa multidisciplinar.

O conhecimento adquirido ao longo deste percurso teve implicações diretas e transformadoras na prática clínica. A capacidade de avaliação holística, de planeamento de cuidados individualizados, de comunicação eficaz e de tomada de decisão fundamentada, aliada ao pensamento crítico e à prática baseada em evidência, possibilitou a construção do alicerce da prática avançada em ER.

No entanto, reconhece-se que o caminho da especialização é contínuo e evolutivo. Assim, propõe-se como sugestões para estudos futuros a investigação sobre a eficácia de protocolos de

rastreio precoce da deglutição no doente crítico, bem como a avaliação do impacto da intervenção do EEER nos ganhos em saúde e na redução das complicações associadas a esta condição.

Em suma, o presente relatório concretiza os objetivos delineados, como evidencia a importância da ER enquanto especialidade centrada na funcionalidade e dignidade da pessoa. O caminho percorrido marca, assim, o início de um compromisso contínuo com o desenvolvimento profissional, científico e humano, ao serviço da melhoria dos cuidados e da promoção da saúde.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Afonso, O. J. F. (2024). Intervenção de Enfermagem de Reabilitação numa Unidade de Cuidados Intensivos: Uma proposta de método de trabalho [Dissertação de Mestrado]. Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Portalegre.
- Alves, F. & Sampaio, C. (2020). Monitorização em Unidade de Cuidados Intensivos. In Pinho, J. A., *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (1.^a ed, pp. 70-80). Lidel.
- Armas-Navarro L.P., Santana-Padilla Y.G., Mendoza-Segura L., Ramos-Díaz M., Santana-López B.N., Alcaraz-Jiménez J.A., Rico-Rodríguez J., Santana-Cabrera L. (2023) Dysphagia in intensive care, a real problem: analysis of risk factors. *Enferm Intensiva* (Engl Ed) (34), 115-125. <https://doi.org/10.1016/j.enfie.2022.08.001>
- Ashford J. R. (2024). Impaired oral health: a required companion of bacterial aspiration pneumonia. *Frontiers in rehabilitation sciences*, 5, 1337920. <https://doi.org/10.3389/fresc.2024.1337920>
- Azevedo, P. M. da S.; Gomes, B. P. (2015). Efeitos da mobilização precoce na reabilitação funcional em doentes críticos: uma revisão sistemática. *Revista de Enfermagem Referência. Série IV* (5), pp., 129-138. <https://doi.org/10.12707/RIV14035>
- Azevedo, P. M. D. S., Gomes, B. P., Pereira, J. A. T. P., Carvalho, F. M. N., Ferreira, S. P. C., Pires, A. I., & Macedo, J. (2019). Functional dependence at discharge from the intensive care unit: Relevance for rehabilitation nursing. *Revista de Enfermagem Referência, Série IV*(20), 37-46. <https://doi.org/10.12707/RIV18084>
- Azevedo, P., Gomes, B., Macedo, J., Ferreira, S., Pereira, J., & Pires, A. (2022). Muscle weakness in critically ill patients: Effects of a systematized rehabilitation nursing program. *Enfermería Clínica (English Edition)*, 33(May-June 2023), 216-222. <https://doi.org/10.1016/j.enfcle.2022.11.001>
- Azevedo, P., Saraiva, M., Oliveira, M., & Oliveira, I. (2023). Instrumentos de rastreio da disfagia pós-intubação prolongada: Revisão sistemática da literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 6(1), e264. <https://doi.org/10.33194/rper.2023.264>
- Bartolomeu, R. & Rodrigues, P. (2021). Enfermagem de reabilitação à pessoa em situação crítica. In: O. M., Ribeiro. *Enfermagem de Reabilitação – Conceções e Práticas* (pp. 336-362). Lisboa: Lidel Edições Técnicas Lda.

- Baptista, M. A. S., Teixeira, C., & Silva, R. C. R. (2024). Comunicação com pacientes intubados em unidades de terapia intensiva: revisão integrativa. Dialnet. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/9763688.pdf>
- Bath, P.M., Lee, H.S., & Everton, L.F. (2018). Swallowing therapy for dysphagia in acute and subacute stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10(10), CD000323. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD000323.pub3>
- Braga, R. (2016a). Avaliação da função deglutição. In C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 181-188). Loures: Lusodidacta.
- Braga, R. (2016b). Reeducação da deglutição. In C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 263-270). Loures: Lusodidacta.
- Brandão, B. C., Menezes da Silva, M. A. O., Rodrigues, C. G., Damando, M. D., & Lourenção, L. G. (2020). Relação entre ingestão oral e gravidade do Acidente Vascular Cerebral Agudo. *CoDAS*, 32(5), e20180154. <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20202018154>
- Bravo, C. B., Moraes, M. L. C., Nobre, A. P. S. S., Pitombeira, S. S. R., & Paiva, L. E. B. (2022). Estudos sobre competências: Uma análise dos artigos publicados nos EnANPADs. *REUNA*, 27, 84-103. <https://revistas.una.br/reuna/article/view/1300/832>
- Britton, D., Roeske, A., Ennis, S. K., Benditt, J. O., Quinn, C., & Graville, D. (2018). Utility of Pulse Oximetry to Detect Aspiration: An Evidence-Based Systematic Review. *Dysphagia*, 33(3), 282-292. <https://doi.org/10.1007/s00455-017-9868-1>
- Brodsky, M. B., Huang, M., Shanholtz, C., Mendez-Tellez, P. A., Palmer, J. B., Colantuoni, E., & Needham, D. M. (2017). Recovery from Dysphagia Symptoms after Oral Endotracheal Intubation in Acute Respiratory Distress Syndrome Survivors. A 5-Year Longitudinal Study. *Annals of the American Thoracic Society*, 14(3), 376-383. <https://doi.org/10.1513/AnnalsATS.201606-455OC>
- Brodsky, M. B., Mayfield, E. B., & Gross, R. D. (2019). Clinical Decision Making in the ICU: Dysphagia Screening, Assessment, and Treatment. *Seminários em Speech and Language*, 40(3), 170-187. <https://doi.org/10.1055/s-0039-1688980>
- Brooks, M., McLaughlin, E., & Shields, N. (2017). Expiratory muscle strength training improves swallowing and respiratory outcomes in people with dysphagia: A systematic review. *International Journal of Speech-Language Pathology*. <https://doi.org/10.1080/17549507.2017.1387285>
- Burgos, R., Bretón, I., Cereda, E., Desport, J.C., Dziewas, R., Genton, L., Gomes, F., Jesús, P., Leischker, A., Muscaritoli, M., Poulia, K.-A., Peiser, J.C., Marck, M.V., Wirth, R., Singer, P., & Bischoff, S.C. (2018). ESPEN guideline clinical nutrition in neurology. *Clinical Nutrition*, 37(1), 354-396. <http://dx.doi.org/10.1016/j.clnu.2017.09.003>

- Caetano, M. E. S., Félix, M. R. S. & Fernandes, L. G. (2024). Impacto do puerpério na saúde mental: a atuação da psicologia nos desafios e estratégias de promoção de saúde no pós-parto. *Revista FT Ciências da Saúde*, volume 28. <https://doi.org/10.69849/revistaft/ar10202410101255>
- Carmona, A. F., Macías Guarasa, I., Gutiérrez Rodríguez, R., Martínez López, P., Díaz Castellanos, M. A., & EDISVAL Group (2015). Dysphagia following prolonged mechanical ventilation and tracheostomy in critical ill patients. results of edisval study pilot phase. *Intensive Care Medicine Experimental*, 3(Suppl 1), A677. <https://doi.org/10.1186/2197-425X-3-S1-A677>
- Chien L. Y. (2019). Evidence-Based Practice and Nursing Research. *The journal of nursing research: JNR*, 27(4), e29. <https://doi.org/10.1097/jnr.0000000000000346>
- Cohen, D. L., Roffe, C., Beavan, J., Blackett, B., Fairfield, C. A., Hamdy, S., Havard, D., McFarlane, M., McLaughlin, C., Randall, M., Robson, K., Scutt, P., Smith, C., Smithard, D., Sprigg, N., Warusevitane, A., Watkins, C., Woodhouse, L., & Bath, P. M. (2016). Post-stroke dysphagia: A review and design considerations for future trials. *International Journal of Stroke : Official Journal of the International Stroke Society*, 11(4), 1747493016639057. <https://doi.org/10.1177/1747493016639057>
- Coluci, M. Z. O., Alexandre, N. M. C., & Milani, D. (2015). Construção de instrumentos de medida na área da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(3), 925-936. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015203.04332013>
- Costa, C. S. P. (2020b). Avaliação da deglutição: intervenção do enfermeiro de reabilitação. [Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo]. Repositório Institucional do IPVC. <http://hdl.handle.net/20.500.11960/2409>
- Costa, N. (2020a). Avaliação da Dor: terapias não farmacológicas para o alívio da dor. In Pinho, J. A., *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (1.ª ed, pp. 93-105). Lidel.
- Couto, S. M. M. (2024). Validação do instrumento de rastreio da disfagia em doentes pós-extubação: Gugging Swallowing Screen for Intensive Care Units [Dissertação de mestrado]. Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Bragança.
- Cui, F., Yin, Q., Wu, C., Shen, M., Zhang, Y., Ma, C., Zhang, H., & Shen, F. (2020). Capsaicin combined with ice stimulation improves swallowing function in patients with dysphagia after stroke: A randomised controlled trial. *Journal of oral rehabilitation*, 47(10), 1297-1303. <https://doi.org/10.1111/joor.13068>
- Cummings, G. G., Tate, K., Lee, S., Wong, C. A., Paananen, T., Micaroni, S. P. M., & Chatterjee, G. E. (2018). Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: A systematic review. *International journal of nursing studies*, 85, 19-60. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.04.016>
- Cuzco, C., Delgado-Hito, P., Marin-Pérez, R., Núñez-Delgado, A., Romero-García, M., Martínez-

Momblan, M. A., Martínez-Estalella, G., & Castro, P. (2023). Transitions and empowerment theory: A framework for nursing interventions during intensive care unit patient transition. *Enfermeria Intensiva*, 34(3), 138-147. <https://doi.org/10.1016/j.ENFIE.2022.10.003>

Delgado, B., Mendes, E., Lopes, I., Preto, L., Loureiro, M. & Novo, A. (2020a). Reabilitação cardíaca – realidade portuguesa. In Novo, A., Loureiro, M., Preto, L., Delgado, B., Lopes, I., & Mendes, E., *Reabilitação Cardíaca: Evidência e fundamentos para a prática*. (1.ª ed, pp. 31-38). Lusodidata.

Delgado, B., Mendes, E., Preto, L., Gomes, B. & Novo, A. (2020b). Programas de reabilitação cardíaca. In Novo, A., Loureiro, M., Preto, L., Delgado, B., Lopes, I., & Mendes, E., *Reabilitação Cardíaca: Evidência e fundamentos para a prática*. (1.ª ed, pp. 39-48). Lusodidata.

Delgado, B., Novo, A., Mendes, E., Lopes, I., Preto, L. & Gomes, C. (2020c). Capacidade funcional. In Novo, A., Loureiro, M., Preto, L., Delgado, B., Lopes, I., & Mendes, E., *Reabilitação Cardíaca: Evidência e fundamentos para a prática*. (1.ª ed, pp. 67-80). Lusodidata.

Diário da República (2022). Despacho nº8795/2022 de 19 de julho. Diário da República, 2ª série — N.º 138. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2022/07/138000000/0011900121.pdf>

Dias, C., Caramelo, N. & Marcelino, P. (2008). As modalidades ventilatórias princípios e terminologia. In: P., Marcelino. *Manual de ventilação mecânica no adulto – abordagem ao doente crítico*. (pp. 57-85). Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.

Direção-Geral da Saúde. (2022). Norma clínica nº 021/2015 de 16/12/2015 atualizada a 17/11/2022 - “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Pneumonia associada à Intubação. Direção-Geral da Saúde. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2015/12/16/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-pneumonia-associada-a-intubacao/>

Direção-Geral da Saúde. (2022a). Norma clínica nº 022/2015 de 16/12/2015 atualizada a 29/08/2022 - “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção Relacionada com o Cateter Vascular Central. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_022_2015_atualizada_29_08_2022-prev_inf_cvc.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2003). Norma n.º 09/DGS: A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. https://www.aped-dor.org/documentos/DGS-dor_como_5_sinal_vital_-_2003.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2011). Norma n.º 054/2011 de 27/12/2011: Acidente vascular cerebral: Prescrição de medicina física e de reabilitação. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/acidente-vascular-cerebral_prescricao-de-medicina-fisica-e-de-reabilitacao.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2022). “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à

Intubação. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2015/12/16/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-pneumonia-associada-a-intubacao/>

Duncan, S., McAuley, D. F., Walshe, M., McGaughey, J., Anand, R., Fallis, R., & Blackwood, B. (2020). Interventions for oropharyngeal dysphagia in acute and critical care: A systematic review and meta-analysis. *Intensive Care Medicine*, 46(7), 1326–1338. <https://doi.org/10.1007/s00134-020-06126-y>

Dylczyk-Sommer, A. (2020). Part 2: Dysphagia in intensive care patients. *Anaesthesiology Intensive Therapy*, 52(3), 233–236. <https://doi.org/10.5114/ait.2020.98490>

Eggmann, S., Luder, G., Verra, M. L., Irincheeva, I., Bastiaenen, C. H. G., & Jakob, S. M. (2020). Functional ability and quality of life in critical illness survivors with intensive care unit acquired weakness: A secondary analysis of a randomized controlled trial. *PLOS ONE*, 15(3), e0229725. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0229725>

Egger, M., Finsterhölzl, M., Buetikofer, A., Wippenbeck, F., Müller, F., Jahn, K., & Bergmann, J. (2024). Balance function in critical illness survivors and evaluation of psychometric properties of the Mini-BESTest. *Scientific reports*, 14(1), 12089. <https://doi.org/10.1038/s41598-024-61745-5>

Ferreira, A. M. da S., Fernandes, A. L. S., & Lopes, M. J. (2018). Gugging Swallowing Screen: Contributo para a validação cultural e avaliação das propriedades psicométricas. *Revista de Enfermagem Referência, Série IV*(18), 79–88. <https://doi.org/10.12707/RIV18035>

Ferreira, M. F. A. P., & Peres, M. R. (2020). Implementação de um programa de reabilitação: intervenção do enfermeiro especialista de reabilitação numa UCI. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(2), 68–75. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.s2.10.5828>

Ferreira, T. M. N. (2024). Reabilitação cardíaca na pessoa submetida a cirurgia cardíaca – uma scoping review [Dissertação de Mestrado]. Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa.

Fiest, K. M., Soo, A., Hee Lee, C., Niven, D. J., Ely, E. W., Doig, C. J., & Stelfox, H. T. (2021). Long-Term Outcomes in ICU Patients with Delirium: A Population-based Cohort Study. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 204(4), 412–420. <https://doi.org/10.1164/rccm.202002-0320OC>

Frajkova, Z., Tedla, M., Tediova, E., Suchankova, M., & Geneid, A. (2020). Postintubation Dysphagia During COVID-19 Outbreak-Contemporary Review. *Dysphagia*, 35(4), 549–557. <https://doi.org/10.1007/S00455-020-10139-6>

Freitas, M. J. B. dos S. (2015). Dotação segura para a prática de enfermagem: Um contributo para a gestão de unidades de saúde [Tese de doutoramento, Universidade Católica Portuguesa].

Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa.
<http://hdl.handle.net/10400.14/20702>

Fuller, G. (2021). Exame Neurológico Simplificado (6ª ed.) Guanabara koogan.

Gallice, T., Cugy, E., Branchard, O., Dehail, P., & Moucheboeuf, G. (2024). Predictive Factors for Successful Decannulation in Patients with Tracheostomies and Brain Injuries: A Systematic Review. *Dysphagia*, 39, 552–572. <https://doi.org/10.1007/s00455-023-10646-2>

Garcia, S., Cunha, M., Mendes, E., Preto, L., & Novo, A. (2019). Impacto de um treino propriocetivo na capacidade funcional dos idosos. *Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação*, 2(1), 102–107. <https://doi.org/10.33194/rper.2019.v2.n1.12.4560>

Ge, J., Niu, G., Li, Q., Li, Y., Yang, B., Guo, H., Wang, J., Zhang, B., Zhang, C., Zhou, T., Zhao, Z., & Jiang, H. (2024). Cough flow as decannulation criterion in tracheostomized patients. *Respiratory Research*, 25(128). <https://doi.org/10.1186/s12931-024-02762-w>

Gomes, G. C., & Trelha, C. S. (2019). Análise do equilíbrio estático e o medo de quedas em idosos. *Revista Movimenta*, 12(3), 1-10. Recuperado de <https://www.revista.ueg.br/index.php/movimenta/article/view/8544>

Gomes, G. S., Leite, M. M., Silva, M. C. B., Ferreira, M. J. S., & Santos, L. P. C. (2021). Avaliação da funcionalidade e força muscular periférica pós desmame da ventilação mecânica em uma UTI adulto. *Research, Society and Development*, 10(13), e554101321477. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i13.21477>

Gomes, R. H. S., Aoki, M. C. S., Santos, R. S., & Motter, A. A. (2016). A comunicação do paciente traqueostomizado: uma revisão integrativa. *Revista CEFAC*, 18(5), 1251-1259. <https://doi.org/10.1590/1982-021620161851916>

González-Fernández, M., Monahan, D. M., Matsuo, K., & Palmer, J. B. (2014). Dysphagia. In J. Stein, R. L. Harvey, C. J. Winstein, R. D. Zorowitz, & G. Wittenberg (Eds.), *Stroke recovery and rehabilitation* (Second Edition). Demos Medical Publishing.

González-Fernández, M., Monahan, D., Matsuo, K., & Palmer, J. (2015). Dysphagia. Em J. Stein, R. Harvey, C. Winstein, R. Zorowitz, & G. Wittenberg (Ed.), *Stroke Recovery & Rehabilitation* (pp. 207-224). Demosmedical.

Goff, D., & Patterson, J. (2018). Eating and drinking with an inflated tracheostomy cuff: a systematic review of the aspiration risk. *INT J LANG COMMUN DISORD*, 00(0), 1-11

Hermans, G., Clerckx, B., Vanhullebusch, T., Segers, J., Vanpee, G., Robbeets, C., Casaer, M. P., Wouters, P., Gosselink, R., & Van Den Berghe, G. (2012). Interobserver agreement of Medical Research Council sum-score and handgrip strength in the intensive care unit. *Muscle & nerve*, 45(1), 18-25. <https://doi.org/10.1002/mus.22219>

- Karsten, L. F., Safanelli, J. A., da Rosa, F. S., Marcante, J. de S., Baratto Filho, F., & Soares, A. V. (2024). A utilidade do Índice de Barthel na avaliação e monitoramento da recuperação pós-AVC na fase aguda. *Revista Sustinere*, 12(2). <https://doi.org/10.12957/sustinere.2024.81513>
- Kempker, J. A., Abril, M. K., Chen, Y., Kramer, M. R., Waller, L. A., & Martin, G. S. (2020). The Epidemiology of Respiratory Failure in the United States 2002-2017: A Serial Cross-Sectional Study. *Critical care explorations*, 2(6), e0128. <https://doi.org/10.1097/CCE.0000000000000128>
- Krynytska, I., Marushchak, M., Birchenko, I., Dovgalyuk, A., & Tokarsky, O. (2021). COVID-19-associated acute respiratory distress syndrome versus classical acute respiratory distress syndrome (a narrative review). *Iranian journal of microbiology*, 13(6), 737-747. <https://doi.org/10.18502/ijm.v13i6.8072>
- Jaghbeer, M., Sutt, A.-L., & Bergström, L. (2023). Dysphagia management and cervical auscultation: Reliability and validity against FEES. *Dysphagia*, 38(2), 305-314. <https://doi.org/10.1007/s00455-022-10468-8>
- Leopold, N. A., & Kagel, M. C. (1997). Dysphagia-ingestion or deglutition?: a proposed paradigm. *Dysphagia*, 12(4), 202-206. <https://doi.org/10.1007/PL00009537>
- Leppäniemi, A., Tolonen, M., Tarasconi, A., Segovia-Lohse, H., Gamberini, E., Kirkpatrick, A. W., Ball, C. G., Parry, N., Sartelli, M., Wolbrink, D., van Goor, H., Baiocchi, G., Ansaloni, L., Biffi, W., Coccolini, F., Di Saverio, S., Kluger, Y., Moore, E., & Catena, F. (2019). 2019 WSES guidelines for the management of severe acute pancreatitis. *World Journal of Emergency Surgery*, 14(27). <https://doi.org/10.1186/s13017-019-0247-0>
- Liguori, G., Feito, Y., Fountaine, C., & Roy, B. A. (2021). American College of Sports Medicine's guidelines for exercise testing and prescription Guidelines for exercise testing and prescription. In *ACSM's guidelines for exercise testing and prescription*.
- Lima, C. R. da R., & Santos, E. A. dos. (2024). Ventilação mecânica como estratégia protetora nos pacientes com SDRA: Uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 13(1), e13013144839. <https://doi.org/10.33448/rsd-v13i1.44839>
- Lin, X., Zhang, X., Guo, J., Roberts, C. K., McKenzie, S., Wu, W. C., Liu, S., & Song, Y. (2015). Effects of Exercise Training on Cardiorespiratory Fitness and Biomarkers of Cardiometabolic Health: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Journal of the American Heart Association*, 4(7). <https://doi.org/10.1161/JAHA.115.002014>
- Liu, C.; Yang, S.; & Hsiao, M. (2024). Management of Dysphagia in Tracheostomized Patients: A Narrative Review. *Rehabilitation Practice and Science: Vol. 2024: Iss. 1, Article 1*. <https://doi.org/10.6315/3005-3846.2229>
- Lourenço, M., Faria, A., Ribeiro, R., Ribeiro, O. (2021) Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa adulta/idoso com compromisso no sistema musculoesquelético. In Ribeiro,

O., *Enfermagem de Reabilitação – concepções e práticas* (1.^a ed, pp. 281-328). Lidel.

Macht, M., King, C. J., Wimbish, T., Clark, B. J., Benson, A. B., Burnham, E. L., Williams, A., & Moss, M. (2013). Post-extubation dysphagia is associated with longer hospitalization in survivors of critical illness with neurologic impairment. *Critical Care*, 17(3). <https://doi.org/10.1186/cc12791>

Mart, M. F., Gordon, J. I., González-Seguel, F., Mayer, K. P., & Brummel, N. (2025). Muscle Dysfunction and Physical Recovery After Critical Illness. *Journal of Intensive Care Medicine*, 0(0), 1-17. <https://doi.org/10.1177/08850666251317467>

Marum, S. (2008). Traqueostomia no doente ventilado. In: P., Marcelino. *Manual de ventilação mecânica no adulto – abordagem ao doente crítico*. (pp. 191-203). Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.

Marvin, S., Thibeault, S., & Ehlenbach, W. J. (2019). Post-extubation dysphagia: Does timing of evaluation matter? *Dysphagia*, 34(1), 1-12. <https://doi.org/10.1007/s00455-018-9926-3>

Matos, T. S., Martins, J. P., & Félix, A. (2023). Reabilitação precoce à pessoa em situação crítica com fraqueza muscular adquirida em UCI: Um estudo quasi-experimental. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(2), e22057. <https://doi.org/10.12707/RVI22057>

McIntyre, M. L., Chimunda, T., Murray, J., Lewis, T. W., & Doeltgen, S. H. (2023). The prevalence of post-extubation dysphagia in critically ill adults: an Australian data linkage study. *Critical Care and Resuscitation : Journal of the Australasian Academy of Critical Care Medicine*, 24(4), 352-359. <https://doi.org/10.51893/2022.4.OA5>

Medeiros, G. C., Sassi, F. C., Lirani-Silva, C., & Andrade, C. R. F. (2019). Critérios para decanulação da traqueostomia: revisão de literatura. *CoDAS*, 31(6), e20180228. <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20192018228>

Meleis, A. Ibrahim. (2010). *Transitions theory : middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. Springer Pub. Co. https://books.google.com/books/about/Transitions_Theory.html?hl=pt-PT&id=TdLhXm5fpx8C

Mélotte, E., Maudoux, A., Delhalle, S., Lagier, A., Thibaut, A., Aubinet, C., Kaux, J. F., Vanhaudenhuyse, A., Ledoux, D., Laureys, S., & Gosseries, O. (2021). Swallowing in individuals with disorders of consciousness: A cohort study. *Annals of physical and rehabilitation medicine*, 64(4), 101403. <https://doi.org/10.1016/j.rehab.2020.04.008>

Metheny, N. A., & Frantz, R. A. (2013). Head-of-bed elevation in critically ill patients: A review. *Critical Care Nurse*, 33(3), 53-67. <https://doi.org/10.4037/ccn2013456>

Mills, C. S., Cuthbertson, B. H., & Michou, E. (2023). What's new in reducing the impact of tracheostomy on communication and swallowing in the ICU. *Intensive Care Medicine*, 49(7),

861-863. <https://doi.org/10.1007/s00134-023-07064-1>

Monte, R. (2020). Sedação e analgesia no doente crítico. In Pinho, J. A., *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (1.^a ed, pp. 107-116). Lidel.

Moreira, A., Neves, H., Lucas, N., Silva, R.A. & Galante, S. (2021) Programa de reeducação da função alimentação. In Ribeiro, O., *Enfermagem de Reabilitação – concepções e práticas* (1.^a ed, pp. 550-563). Lidel.

Moreira, P., Castro, S., Silva, J. (2023). Os Enfermeiros e os Ambientes de Prática de Enfermagem. In Ribeiro, O., *Ambientes de Prática de Enfermagem Positivos – Um Roteiro para Qualidade e Segurança* (1.^a ed). Lidel.

Muñoz-Garach, M., Moreno-Romero, O., Ramirez-Puerta, R., Yuste-Ossorio, E., Quintana-Luque, F., Muñoz-Torres, M., & Colmenero, M. (2023). Accuracy of Modified Blue-Dye Testing in Predicting Dysphagia in Tracheotomized Critically Ill Patients. *Diagnostics*, 13(4), 616. <https://doi.org/10.3390/diagnostics13040616>

Neves, T. M. A. (2020). Dotações seguras e qualidade dos cuidados de enfermagem: Estudo em contexto hospitalar [Dissertação de Mestrado, Universidade de Coimbra]. Estudo Geral. <https://hdl.handle.net/10316/95319>

Newman, R., Vilardell, N., Clavé, P., & Speyer, R. (2016). Effect of Bolus Viscosity on the Safety and Efficacy of Swallowing and the Kinematics of the Swallow Response in Patients with Oropharyngeal Dysphagia: White Paper by the European Society for Swallowing Disorders (ESSD). *Dysphagia*, 31(2), 232-249. <https://doi.org/10.1007/s00455-016-9696-8>

Nonoyama, T., Shigemi, H., Yasutake, C., Matsumine, A., & Ishizuka, T. (2022). Effective Mechanical Insufflation-Exsufflation in a Patient With Difficulty in Sputum Discharge and Intensive Care Unit-Acquired Weakness: A Case Report. *Cureus*. <https://doi.org/10.7759/cureus.21847>

Oliveira, C. W. de M., Guimarães, E. M., Guimarães, M. Q., Pereira, M. V. R. A., Ferreira, R. da S., Miklós, J. P. O., Alves, P. H. P. da S., Corsso, C. del, Lins, W. W. S., Jesus, A. M. de, Santos Neto, E. F. dos, Torres, F. B. de O., Souza, F. G. de, Mendes, M. V. S., & Reis, V. J. dos S. (2024). Avanços e desafios no manejo da síndrome da angústia respiratória aguda: Uma abordagem multifacetada para melhores desfechos clínicos. *Observatorio de la Economía Latinoamericana*, 22(5), 1-20. <https://ojs.observatoriolatinoamericano.com/ojs/index.php/olel/article/view/4528>

Oliveira, I. de J. (2024). Intervenções de enfermagem à pessoa com compromisso da deglutição pós-extubação: uma scoping review [Dissertação de Mestrado]. Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Bragança.

Ordem dos Enfermeiros. (2012). Padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem: enquadramento conceptual enunciados descritivos.

<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro (Com as alterações introduzidas pelo Decreto-lei nº 104/98 de 21 de abril). <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2017). Instrumento para recolha de dados de documentação dos cuidados de enfermagem de reabilitação. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2018a). Guia Orientador de Boa Prática em Enfermagem de Reabilitação Respiratória. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5441/gobp_reabilitação-respiratória_mceer_final-para-divulgação-site.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2018b). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. http://https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8141/ponto-4_regulamento-dos-padr%C3%B5es-qualidade-ceer.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2019a). Regulamento número 140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. 4744-4750. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2019b). Regulamento número 392/2019 - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. 13565-13568. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/11871/1356513568.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2019c). Revisão do Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, publicado no Regulamento n.º533/2014, de 2 de dezembro. 1-33. https://www.aper.pt/Ficheiros/Consulta%20P%C3%ABlica/dot_3.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2020). Guia Orientador de Boa Prática em Enfermagem de Reabilitação Cardíaca. Disponível em: <https://www.flipsnack.com/ordemenfermeiros/gobper/full-view.html>

Orem, D. E. (2001). Nursing Concepts of Practice (6th ed.). Mosby.

Pereira, F., Maia Silva, A., Machado Vaz, I., Viamonte, S., & Winck, J. C. (2019). Tracheostomy prevalence at Skilled Nursing Facilities. Pulmonology, volume(número), 91-94. <https://doi.org/10.1016/j.pulmoe.2019.05.011>

Petronilho, F. & Machado, M. (2016). Teorias de Enfermagem e Autocuidado: Contributos para a Construção do Cuidado de Reabilitação. In C. Marques-Vieira, & L. Sousa, Cuidados de

enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida (pp. 3-14). Loures: Lusodidacta.

Pires, E. C., Sassi, F. C., Mangilli, L. D., Limongi, S. C. O., & Andrade, C. R. F. (2012). Alimentos na consistência líquida e deglutição: uma revisão crítica da literatura. *Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*, 17(4), 482-488. <https://doi.org/10.1590/S1516-80342012000400018>

Plowman, E. K., Anderson, A., York, J. D., DiBiase, L., Vasilopoulos, T., Arnaoutakis, G., Beaver, T., Martin, T., & Jeng, E. I. (2023). Dysphagia after cardiac surgery: Prevalence, risk factors, and associated outcomes. *Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*, 165(2), 737-746.e3. <https://doi.org/10.1016/j.jtcvs.2021.02.087>

Prazeres, V. M. P., Ribeiro, C. D., & Marques, G. F. S. (2021). Contributo da enfermagem de reabilitação nas unidades de cuidados intensivos. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 4(2), 88-92. <https://doi.org/10.33194/rper.2021.158>

Prigent, H., Lejaille, M., Terzi, N., Annane, D., Figere, M., Orlikowski, D., & Lofaso, F. (2012). Effect of a tracheostomy speaking valve on breathing-swallowing interaction. *Intensive care medicine*, 38(1), 85-90. <https://doi.org/10.1007/s00134-011-2417-8>

Protić, A., Bura, M., Šustić, A., Brusić, J., & Sotošek, V. (2023). Segmental lung recruitment in patients with bilateral COVID-19 pneumonia complicated by acute respiratory distress syndrome: A case report. *Medicina*, 59(1), 142. <https://doi.org/10.3390/medicina59010142>

Queirós, P. J. P., Vidinha, T. S. S., & Almeida Filho, A. J. (2014). Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência, Série IV*(3), 157-164. <https://doi.org/10.12707/RIV14081>

Raimonde, A.J.; Westhoven, N. & Winters, R. (2023). Tracheostomy. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559124/>

Ramsay, P., Huby, G., Thompson, A., & Walsh, T. (2014). Intensive care survivors' experiences of ward-based care: Meleis' theory of nursing transitions and role development among critical care outreach services. *Journal of clinical nursing*, 23(5-6), 605-615. <https://doi.org/10.1111/jocn.12452>

Reis, N. F. dos, Figueiredo, F. C. X. S., & Maurici, R. (2021). Early Rehabilitation Index: tradução, adaptação transcultural para o português do Brasil e Early Rehabilitation Barthel Index: validação para o uso na unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 33(3), 353-361. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20210051>

Rocha, E., Passos, H. (2020) Nutrição artificial. In Pinho, J. A., *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (1.ª ed, pp. 151-160). Lidel.

Rodrigues, K. A., Machado, F. R., Chiari, B. M., Rosseti, H. B., Lorenzon, P., & Gonçalves, M. I.

(2015). Reabilitação da deglutição em pacientes traqueostomizados disfágicos sob ventilação mecânica em unidades de terapia intensiva: um estudo de factibilidade. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 27(1), 64-71. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20150011>

Sampaio, P. S. S. (2019). Prática interprofissional e a melhoria do cuidado ao paciente: Uma análise do trabalho colaborativo entre enfermeiros [Tese de doutoramento, Universidade de São Paulo]. Universidade de São Paulo. https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-17122019140211/publico/Sampaio_PSS.pdf

Schefold, J. C., Berger, D., Zürcher, P., Lensch, M., Perren, A., Jakob, S. M., Parviainen, I., & Takala, J. (2017). Dysphagia in Mechanically Ventilated ICU Patients (DYnAMICS): A Prospective Observational Trial. *Critical care medicine*, 45(12), 2061-2069. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000002765>

See, K. C., Peng, S. Y., Phua, J., Sum, C. L., & Concepcion, J. (2016). Nurse-performed screening for postextubation dysphagia: a retrospective cohort study in critically ill medical patients. *Critical care (London, England)*, 20(1), 326. <https://doi.org/10.1186/s13054-016-1507-y>

Seeley, R. R., Stephens, T. D., & Tate, P. (2016). Seeley's Anatomy & Physiology (11th ed.). McGraw-Hill Education.

Serviço Nacional de Saúde (2024). Atestado médico de incapacidade multiuso. Consultado a 10 de fevereiro de 2025. <https://www.sns24.gov.pt/servico/atestado-medico-de-incapacidade-multiuso/>

Shaw, S. M., & Martino, R. (2013). The normal swallow: muscular and neurophysiological control. *Otolaryngologic Clinics of North America*, 46(6), 937-956. <https://doi.org/10.1016/J.OTC.2013.09.006>

Shune, S. E., Moon, J. B., & Goodman, S. S. (2016). The Effects of Age and Preoral Sensorimotor Cues on Anticipatory Mouth Movement During Swallowing. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research : JSLHR*, 59(2), 195. https://doi.org/10.1044/2015_JSLHR-S-15-0138

Siao, S. F., Ku, S. C., Tseng, W. H., Wei, Y. C., Chang, Y. C., Hsiao, T. Y., Wang, T. G., & Chen, C. C. H. (2023). Effects of a swallowing and oral-care program on resuming oral feeding and reducing pneumonia in patients following endotracheal extubation: a randomized, open-label, controlled trial. *Critical Care*, 27(1). <https://doi.org/10.1186/S13054-023-04568-6>

Silva, M. A. E. da. (2022). Tradução, adaptação cultural e validade de conteúdo do Gugging Swallowing Screen for Intensive Care Units para o português europeu [Dissertação de Mestrado]. Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico do Porto.

Silva, M. F. da, & Bezerra, M.L.R. (2020) - Atuação do enfermeiro no atendimento aos cuidados continuados na oncologia [Nurse's performance in care of continuous care in oncology]. *Revista*

JRG de Estudos Acadêmicos, volume III (n.6), 123-137. <http://doi.org/10.5281/zenodo.3895187>

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

Singer, P., Reintam Blaser, A., Berger, M. M., Calder, P. C., Casaer, M., Hiesmayr, M., Mayer, K., Montejo-Gonzalez, J. C., Pichard, C., Preiser, J.-C., Szczeklik, W., van Zanten, A. R. H., & Bischoff, S. C. (2023). ESPEN practical and partially revised guideline: Clinical nutrition in the intensive care unit. *Clinical Nutrition*, 42(8), 1671-1689. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2023.07.011>

Skoretz, S. A., Anger, N., Wellman, L., Takai, O., & Empey, A. (2020). A Systematic Review of Tracheostomy Modifications and Swallowing in Adults. *Dysphagia*, 35, 935-947. <https://doi.org/10.1007/s00455-020-10115-0>

Skurok, P., Johnston, B. W., Brown, E., Timothy, C., Morse, C., & Turton, P. (2025). Effects of Expiratory Muscle Strength Training on Swallowing in Survivors of Critical Illness: A Protocol for a Systematic Review and Meta-Analysis. *Health science reports*, 8(2), e70337. <https://doi.org/10.1002/hsr2.70337>

Smith, M. C., & Parker, M. E. (2015). *Nursing theories & nursing practice* (4th ed.). F. A. Davis Company.

Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2024). Recomendações para a Síndrome pós-internamento em Cuidados Intensivos no doentes e família - Follow-up no doente crítico. Colégio da Especialidade de Medicina Intensiva - Ordem dos Médicos. https://www.spci.pt/media/grupos/Recomendacoes_modelo_de_seguimento_SPICI_e_followup_do_ente_e_familia_SPCI_e_OM_2024.pdf

Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação. (2020). Plano de atuação na reabilitação de doentes admitidos na unidade de cuidados intensivos por COVID-19. https://www.spci.pt/media/covid-19/COVID-19_Recomendacoes_SPMFR_para_doentes_UCI.pdf

Sousa, P., & Almeida, L. (2020). Intervenção de Enfermagem de Reabilitação numa Unidade de Cuidados Intensivos. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/53265/1/BCTFC452.pdf>

Tazawa, A., Tazawa, M., Ariei, H., Ibe, Y., Nakao, Y., Yajima, K., Toyama, R., & Wada, N. (2024). Swallowing Activating Effect of Ice Stick® in Dysphagia Patients. *The Kitakanto Medical Journal*, volume 74, 125-130. <https://doi.org/10.2974/kmj.74.125>

Teramoto, S. (2022). The current definition, epidemiology, animal models and a novel therapeutic strategy for aspiration pneumonia. *Respiratory Investigation*, 60(1), 45-55. <https://doi.org/10.1016/j.RESINV.2021.09.012>

- Troll, C., Trapl-Grundschober, M., Teuschl, Y., Cerrito, A., Gallego Compte, M., & Siegemund, M. (2023). A bedside swallowing screen for the identification of post-extubation dysphagia on the intensive care unit—Validation of the Gugging Swallowing Screen (GUSS)-ICU. *BMC Anesthesiology*, 23(1), 122. <https://doi.org/10.1186/s12871-023-02072-6>
- Tsai, M. H., Ku, S. C., Wang, T. G., Hsiao, T. Y., Lee, J.J., Chan, D.C., Huang, G. H., & Chen, C. C. H. (2016). Swallowing dysfunction following intubation: Age matters. *Medicine*, 95(24). <https://doi.org/10.1097/MD.0000000000003871>
- Tsikoudas, A., Barnes, M., & White, P. (2011). The impact of tracheostomy on the nose. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, 268(7), 1005–1008. <https://doi.org/10.1007/s00405-011-1522-1>
- Unoki, T., Hayashida, K., Kawai, Y., Taito, S., Ando, M., Iida, Y., Kasai, F., Kawasaki, T., Kozu, R., Kondo, Y., Saitoh, M., Sakuramoto, H., Sasaki, N., Saura, R., Nakamura, K., Ouchi, A., Okamoto, S., Okamura, M., Kuribara, T., Kuriyama, A., Matsuishi, Y., Yamamoto, N., Yoshihiro, S., Yasaka, T., Abe, R., Iitsuka, T., Inoue, H., Uchiyama, Y., Endo, S., Okura, K., Ota, K., Otsuka, T., Okada, D., Obata, K., Katayama, Y., Kaneda, N., Kitayama, M., Kina, S., Kusaba, R., Kuwabara, M., Sasanuma, N., Takahashi, M., Takayama, C., Tashiro, N., Tatsuno, J., Tamura, T., Tamoto, M., Tsuchiya, A., Tsutsumi, Y., Nagato, T., Narita, C., Nawa, T., Nonoyama, T., Hanada, M., Hirakawa, K., Makino, A., Masaki, H., Matsuki, R., Matsushima, S., Matsuda, W., Miyagishima, S., Moromizato, M., & Oda, N. (2023). Japanese Clinical Practice Guidelines for Rehabilitation in Critically Ill Patients 2023 (J-ReCIP 2023). *Journal of Intensive Care*, 11(1), 47. <https://doi.org/10.1186/s40560-023-00697-w>
- Urden, L. D., Stacy, K. M., & Lough, M. E. (2021). *Critical Care Nursing: Diagnosis and Management* (9th ed.). Elsevier.
- Valenzano, T. J., Guida, B. T., Peladeau-Pigeon, M., & Steele, C. M. (2020). Respiratory-swallow coordination in healthy adults during drinking of thin to extremely thick liquids: A research note. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 63(3), 702–709. https://doi.org/10.1044/2019_JSLHR-19-00163
- van den Berg, F. F., & Boermeester, M. A. (2023). Update on the management of acute pancreatitis. *Current opinion in critical care*, 29(2), 145–151. <https://doi.org/10.1097/MCC.0000000000001017>
- Vasquez, K. S. H., Rojas, A. V. G. & Villa, S. A. V. (2020). Electroestimulación neuromuscular aplicada en disfagia. [Neuromuscular electro-stimulation applied in dysphagia]. *Revista Científica de Salud UNITEPC*, 7(2):34-46. <https://doi.org/10.36716/unitepc.v7i2.72>
- Vaz, Sérgio; Gaspar, Luís; Novo, André (2020). Reabilitação respiratória na pessoa em programa de reabilitação cardíaca. In Novo, André [et al]. *Reabilitação cardíaca - evidência e fundamentos*

para a prática: Loures: Lusodidacta. p. 299-317. ISBN: 978-989-8075-92-5

Vieira, C., Dias, M. Costa, A., Silva, A. da, Lima, R. de A. (2020) Delirium: uma problemática atual. In Pinho, J. A., *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (1.^a ed, pp. 81-92). Lidel.

Vorona, S., Sabatini, U., Al-Maqbali, S., Bertoni, M., Dres, M., Bissett, B., Van Haren, F., Martin, A. D., Urrea, C., Brace, D., Parotto, M., Herridge, M. S., Adhikari, N. K. J., Fan, E., Melo, L. T., Reid, W. D., Brochard, L. J., Ferguson, N. D., & Goligher, E. C. (2018). Inspiratory Muscle Rehabilitation in Critically Ill Adults. A Systematic Review and Meta-Analysis. *Annals of the American Thoracic Society*, 15(6), 735-744. <https://doi.org/10.1513/AnnalsATS.201712-961OC>

Wang, W., Xu, C., Ma, X., Zhang, X., & Xie, P. (2020). Intensive Care Unit-Acquired Weakness: A Review of Recent Progress With a Look Toward the Future. *Frontiers in Medicine*, 7. <https://doi.org/10.3389/fmed.2020.559789>

Wang, W., Xu, C., Ma, X., Zhang, X., & Xie, P. (2020). Intensive care unit-acquired weakness: A review of recent progress with a look toward the future. *Frontiers in Medicine*, 7, Article 559789. <https://doi.org/10.3389/fmed.2020.559789>

Warnecke, T., Dziewas, R. & Langmore, S. (2018). Neurogenic dysphagia (1^aed.) Rainer Dziewasc. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-42140-3>

Weinhouse, G. L., Schwab, R. J., Watson, P. L., Patil, N., Vaccaro, B., Pandharipande, P., & Ely, E. W. (2009). Bench-to-bedside review: delirium in ICU patients - importance of sleep deprivation. *Critical care (London, England)*, 13(6), 234. <https://doi.org/10.1186/cc8131>

Wibart, P., Réginault, T., Garcia-Fontan, M., Barbreil, B., Bader, C., Benard, A., Parreira, V. F., Gonzalez-Antón, D., Bui, N. H., Gruson, D., Hilbert, G., Martinez-Alejos, R., & Vargas, F. (2023). Effects of mechanical in-exsufflation in preventing postextubation acute respiratory failure in intensive care acquired weakness patients: a randomized controlled trial. *Critical Care Science*, 35(2). <https://doi.org/10.5935/2965-2774.20230410-en>

Wilkinson, J. M., Codipilly, D. C., & Wilfahrt, R. P. (2021). Dysphagia: Evaluation and collaborative management. *American Family Physician*, 103(2), 97-106.

Yang, S., Park, J. W., Min, K., Lee, Y. S., Song, Y. J., Choi, S. H., Kim, D. Y., Lee, S. H., Yang, H. S., Cha, W., Kim, J. W., Oh, B. M., Seo, H. G., Kim, M. W., Woo, H. S., Park, S. J., Jee, S., Oh, J. S., Park, K. D., ... Choi, K. H. (2023). Clinical Practice Guidelines for Oropharyngeal Dysphagia. *Annals of Rehabilitation Medicine*, 47(Suppl 1), S1-S26. <https://doi.org/10.5535/ARM.23069>

Zuercher, P., Moret, C. S., Dziewas, R., & Schefold, J. C. (2019). Dysphagia in the intensive care unit: epidemiology, mechanisms, and clinical management. *Critical Care*, 23(1). <https://doi.org/10.1186/S13054-019-2400-2>