

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

**Promover para Reabilitar – do processo de disfagia  
por Acidente Vascular Cerebral à promoção da  
alimentação, intervenções do Enfermeiro  
Especialista de Reabilitação**

**Andreia Sofia Marreiros Pacheco**

**Lisboa  
2018**





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

Dissertação

**Promover para Reabilitar – do processo de disfagia  
por Acidente Vascular Cerebral à promoção da  
alimentação, intervenções do Enfermeiro Especialista  
de Reabilitação**

**Andreia Sofia Marreiros Pacheco**

Orientador Prof.<sup>a</sup> Doutora Maria Fátima Mendes Marques

**Lisboa**  
**2018**



“A Enfermagem é uma arte, e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, quanto a obra de qualquer pintor ou escultor, pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus? É uma das artes, poder-se-ia dizer, a mais bela das artes.”

(Florence Nightingale)

## DEDICATÓRIA

Com o término deste processo de aprendizagem, reflito sobre todo o seu processo de construção, os momentos de motivação pela busca do saber e pela descoberta de novas aprendizagens e os momentos de maior dificuldade, onde o cansaço e o desânimo ganharam forma, sendo que em todos eles estiveram presentes aqueles a quem pretendo agradecer.

À minha orientadora, Professora Doutora Fátima Marques um especial obrigado pela confiança ao longo deste percurso, pela partilha do seu saber, por todo o apoio e dedicação demonstrados. Ao Professor Joaquim Paulo agradeço a sua disponibilidade no esclarecimento de dúvidas na área da Fenomenologia.

Aos participantes do estudo um obrigado pela disponibilidade e interesse em participar do mesmo.

À Santa Casa da Misericórdia de Estômbar um muito obrigado pelo incentivo na aquisição de novos conhecimentos. Aos meus colegas de equipa, Sebastião, Ângela, João Grade, Joana, João Vitor e Lígia agradeço a vossa disponibilidade, apoio e compreensão durante este longo percurso.

À Celina, à Catarina e à Patrícia que cruzaram o meu caminho ao iniciar esta aventura, obrigada por terem tornado este percurso mais leve, pela partilha de conhecimento, de bons momentos e pela amizade.

À Ana Maria, ao Mário e à Aninhas um eterno obrigado não só pelo apoio demonstrado, mas acima de tudo por serem uma segunda família. Ao meu amigo Paulo pela preciosa ajuda no inglesismo. À Tânia, à Sofia e à Ana Fernandes pela amizade, compreensão, paciência e apoio em todos os momentos. Obrigada por me darem ânimo, me fazerem sorrir quando a desmotivação e o medo surgiam e pela preciosa ajuda na formatação do trabalho.

Por último, agradeço de forma especial aos meus queridos pais por sempre me terem inculcido o gosto pela aprendizagem, por todos os ensinamentos transmitidos, pelo seu apoio incondicional, incentivo, amor e paciência demonstrados não só nesta etapa, mas ao longo da minha vida. Espero que esta etapa que agora termino, possa de alguma forma retribuir todo o carinho e apoio que me dão. A eles dedico este trabalho!

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

AVC – Acidente Vascular Cerebral

DGS – Direção Geral da Saúde

DHI - The Dysphagia Handicap Index

EEER – Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação

ER – Enfermagem de Reabilitação

GUSS - The Gugging Swallowing Screen

MASA - The Mann Assessment of Swallowing Ability

MMASA - The Modified Mann Assessment of Swallowing Ability

OMS – Organização Mundial de Saúde

RCAAP - Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal

WGO - World Gastroenterology Organisation

## RESUMO

Na sociedade atual o Acidente Vascular Cerebral (AVC) surge como uma das principais causas de morte e de incapacidade, onde a disfagia é uma das principais alterações decorrente do AVC. Esta define-se como sendo a dificuldade ou impossibilidade de engolir e apresenta diversas complicações como: desnutrição, desidratação, hospitalização prolongada, complicações pulmonares por aspiração de saliva e/ou alimento e morte. A disfagia pode ser evidenciada pela presença dos seguintes sinais: tosse, regurgitação nasal, fala nasalizada, emagrecimento e acúmulo de resíduo na cavidade oral.

O presente estudo tem como questão de investigação: quais as intervenções de enfermagem que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) utiliza para promover a alimentação da pessoa com disfagia por Acidente Vascular Cerebral? E tem como objetivo compreender quais as intervenções por parte do EEER, à pessoa com disfagia decorrente de AVC, com vista à promoção da sua alimentação.

Este é um estudo qualitativo com uma abordagem fenomenológica, onde foram colhidos dados de cinco participantes com recurso à realização de entrevistas semi-estruturadas, posteriormente, analisadas com recurso ao Método Fenomenológico de Investigação em Psicologia, de Giorgi e Sousa (2010).

Os resultados do estudo evidenciam que a intervenção do EEER incute uma melhoria nos cuidados prestados através da realização de uma correta avaliação e do uso de técnicas promotoras da alimentação. No campo da avaliação destaca-se o uso de instrumentos, nomeadamente a escala GUSS, a escala de MASA e a escala adaptada de MASA. As técnicas descritas pelos participantes para promover a alimentação são: realização correta da higiene oral, alteração da consistência alimentar, técnica postural, realização de exercícios orofaciais, estimulação sensitiva e motora, estimulação térmica e tátil, massagem, reeducação funcional respiratória, aumento do número de deglutições e aplicação de manobras facilitadoras da deglutição.

**Descritores:** AVC, deglutição, disfagia, reabilitação, enfermagem de reabilitação, fenomenologia.

## **ABSTRACT**

Cerebrovascular accident (CVA), or stroke, is one of the main causes of death and incapacity, with dysphagia being one of the most common consequences. Dysphagia is the difficulty or disability to swallow and shows several complications such as: malnutrition, dehydration, long term hospitalization, pulmonary disorders due to saliva and/or food, and death. The presence of the following signs may be the evidence of dysphagia: cough, nasal regurgitation, nasal speaking, emaciation and oral cavity residue accumulation.

The following study has as its objective answering “Which nursing approaches does a master in nursing, specialized in rehabilitation nursing use to feed a person with dysphagia due to cerebrovascular accident” And has the purpose to understand the rehabilitation nursing approaches aiming the dysphagia patient feeding, suffering from a Stroke.

This is a qualitative study with a phenomenological approach where data was gathered with semi-structured Interviews from five people and analyzed later based on Phenomenological Research Method within Giorgi e Sousa Psychology (2010).

Study results show that master in nursing, specialized in rehabilitation nursing intervention leads to a provided care improvement through a proper assessment and the use of feeding helping technics.

Regarding evaluation, tools usage is highlighted, namely the GUSS scale, the MASA scale and the Adapted MASA scale. The feeding technics mentioned by the participants are: proper oral hygiene procedure, food texture change, postural technic, orofacial exercises, motor and sensitive stimulation, touch e thermal stimulation, massage, functional breathing re-education, increasing the number of swallows and apply swallow facilitative maneuvers.

**Descriptors:** Stroke, swallow, dysphagia, rehabilitation, nursing rehabilitation, phenomenology.

## INDICE

INTRODUÇÃO.....	11
1. QUADRO CONCEPTUAL.....	15
1.1 Justificação e Pertinência do Tema.....	15
1.2 Acidente Vascular Cerebral.....	17
1.3 Deglutição .....	18
1.4 Disfagia .....	20
1.5 Disfagia por Acidente Vascular Cerebral.....	22
1.6 Instrumentos de Avaliação da Deglutição .....	23
1.7 O papel do EEER na intervenção à pessoa com disfagia .....	26
2. OPÇÕES METODOLÓGICAS .....	33
2.1 Tipo de Estudo .....	33
2.2 Procedimento de recolha de dados.....	36
2.3 Análise dos dados .....	39
2.4 Questões éticas.....	41
2.5 Limitações do estudo.....	42
2.6 Critérios de validação e rigor do estudo .....	44
3. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS .....	47
3.1 Caracterização dos Participantes.....	47
3.2 Unidades de Significado.....	48
3.2.1 Avaliação Inicial .....	49
3.2.2 Técnicas Utilizadas .....	53
3.2.3 Ensino .....	56
3.2.4 Continuidade dos cuidados.....	58
3.2.5 Qualidade dos cuidados.....	59
3.2.6 Dificuldades.....	60
4. CONCLUSÃO .....	65
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	69
APÊNDICES.....	77
APÊNDICE I – TABELA DE PARES CRANIANOS ENVOLVIDOS NA DEGLUTIÇÃO E SUAS FUNÇÕES .....	78

APÊNDICE II – TABELAS DE TÉCNICAS PROMOTORAS DA DEGLUTIÇÃO .....	80
APÊNDICE III – GUIÃO DA ENTREVISTA.....	94
APÊNDICE IV – GRELHA DE ANÁLISE POR UNIDADE DE SIGNIFICADO ..	97
APÊNDICE V – CONSENTIMENTO INFORMADO E DECLARAÇÃO DE PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO .....	109
APÊNDICE VI – ENTREVISTAS .....	112
ANEXOS.....	151
ANEXO I – ESCALA GUSS .....	152
ANEXO II – ESCALA MASA .....	155
ANEXO III – ESCALA MASA ADAPTADA.....	157

## ÍNDICE DE ILUSTRAÇÃO

Ilustração 1-Estruturas associadas à deglutição.....	20
--	----

## INTRODUÇÃO

A elaboração deste relatório surge no âmbito da obtenção do grau de Mestre na área de Enfermagem de Reabilitação (ER), pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, com vista à aquisição de competências do Mestre em Enfermagem e ao desenvolvimento de conhecimento acerca da problemática em estudo, nomeadamente: “Promover para Reabilitar - do processo de disfagia por Acidente Vascular Cerebral à promoção da alimentação – intervenções do Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação”.

A escolha da temática em investigação resultou de uma análise reflexiva sobre a minha experiência profissional e do meu contexto de cuidados aliado à pesquisa bibliográfica em bases de dados científicas acerca do tema do Acidente Vascular Cerebral (AVC) e das suas repercussões na vida da pessoa. O tema major, AVC, surgiu como base para esta pesquisa uma vez que da minha prática, enquanto enfermeira numa Unidade de Cuidados Continuados de Longa Duração e Manutenção, é a patologia com maior prevalência. À escala mundial, o AVC é considerado um problema de maior relevância em termos de saúde pública, por constituir a terceira causa de morte e de incapacidade permanente nos países desenvolvidos. Em Portugal o seu impacto é ainda maior, pois apresenta-se como a segunda causa de morte (Direção Geral da Saúde [DGS] 2015).

Silva (2010) refere que as principais alterações decorrentes de Acidente Vascular Cerebral são alterações ao nível da comunicação, alterações cognitivas e distúrbios emocionais, alterações da eliminação, paralisia e alterações da motricidade, alterações sensoriais e ao nível da alimentação. De acordo com Itaqui, Favero, Ribeiro, Barea, Almeida e Mancopes (2011), a incidência de disfagia no pós-AVC varia de 42 a 67%. Tal é corroborado por Cardoso, Rainho, Quitério, Cruz, Magano e Castro (2011) que referem que o AVC é, também, o responsável pelo aparecimento de incapacidades associadas a sequelas cognitivas e motoras, onde a alteração da deglutição – disfagia – surge como sendo uma das sequelas do AVC. Itaqui et al (2011) referem que a sua presença está associada a um aumento do risco de complicações pulmonares por aspiração de saliva e/ou alimento, desnutrição, desidratação, hospitalização prolongada e morte. Soares (2014) refere que para além das complicações físicas, a disfagia repercute-se na qualidade de

vida, no isolamento social, no aumento da mortalidade e no aumento dos custos globais de saúde.

Estes são alguns dos dados obtidos através da literatura, que sustentam a pertinência desta investigação a um nível social, dado este ser um problema que afeta a sociedade atual e que têm repercussões ao nível da saúde e do bem-estar do indivíduo.

Sendo a disfagia uma das co-morbilidades, mais comum no pós AVC e que causa um grande impacto na vida da pessoa que a vivencia, bem como nos seus familiares, parece ser fulcral um estudo mais aprofundado e de cariz científico com vista à melhoria da prestação de cuidados. Um aumento do conhecimento acerca da problemática da disfagia, dos seus sinais/sintomas e riscos, e de que forma pode ser promovida a alimentação destes utentes, permite uma consciencialização por parte dos profissionais de saúde sobre este problema. Em suma, o utente com disfagia por AVC surge como sendo uma problemática com a qual lido no meu dia-a-dia, o que a torna uma área de interesse e de enorme importância para mim com vista à excelência dos cuidados.

Ao realizar este estudo pretendo adquirir competências ao nível do grau de Mestre de Enfermagem, na área da Enfermagem de Reabilitação, que me irão permitir intervir com vista à promoção da alimentação dos utentes com disfagia por AVC e à melhoria dos cuidados prestados, minimizando os danos para o utente e família, reduzindo o tempo de internamento, os custos inerentes ao processo de disfagia, potenciar o processo de reabilitação da pessoa e promover a sua reintegração social.

Como forma de dar resposta a esta problemática surgiu a questão de investigação que motivou a elaboração deste trabalho de cariz científico:

- Quais as intervenções de enfermagem que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) utiliza para promover a alimentação da pessoa com disfagia por Acidente Vascular Cerebral?

Sendo esta a questão de investigação deste estudo é sob ela que incidem os objetivos do mesmo:

-Objetivo Geral:

- Compreender quais as intervenções por parte do EEER, à pessoa com disfagia decorrente de AVC, com vista à promoção da sua alimentação

#### -Objetivos Específicos:

- Identificar de que forma o EEER avalia o utente com disfagia decorrente de AVC;
- Como adequa as estratégias de intervenção consoante essa mesma avaliação;
- Perceber como é que o EEER fundamenta o processo de tomada de decisão perante o utente com uma situação de disfagia pós-AVC;
- Compreender de que modo o EEER avalia os resultados da sua intervenção;

A escolha da metodologia a utilizar surge como uma decisão importante a tomar, na medida em que norteia o sentido a dar ao projeto e ajuda a definir a questão de investigação bem como os objetivos do estudo. Tal é defendido por Fortin (2009, p. 53) que afirma que “as decisões tomadas na fase metodológica determinam o desenrolar do estudo”.

O objeto de estudo desta investigação, coloca-se como sendo um fenómeno complexo na medida em que no mesmo observa-se o ser humano e as suas múltiplas respostas em interação com o meio, o que permite que a sua realidade seja interpretada de diversas formas e esteja em constante permuta, não existindo uma só realidade e, como tal, uma verdade absoluta. Posto isto, como forma de guiar este estudo e de ir ao encontro dos seus objetivos optei por utilizar como metodologia de investigação a abordagem qualitativa, uma vez que esta tem “em conta a globalidade dos seres humanos, particularmente a sua experiência de vida e o contexto em que se situam as relações com o meio” Fortin (2009, p.31). Denzin e Lincoln (2011) reforçam que a investigação qualitativa consiste numa atividade que coloca o observador no mundo e torna-o visível através de um conjunto de significados. Dos vários tipos de investigação qualitativa, foi escolhida uma abordagem fenomenológica por ser “uma abordagem indutiva que tem por objeto o estudo de determinadas experiências, tais como são vividas e descritas pelas pessoas” Fortin (2009, p.36).

Deste modo, este estudo foi realizado com base na investigação qualitativa com abordagem fenomenológica, onde foram colhidos os dados através da realização de entrevistas semi-estruturadas a 5 participantes, tendo sido *à posteriori*

trabalhados os dados à luz do Método Fenomenológico de Investigação de Giorgi e Sousa (2010) sob o modelo teórico de enfermagem de Patrícia Benner. Sendo a área da enfermagem um campo de conhecimento tão vasto e em constante permuta, cabe aos enfermeiros a capacidade de aquisição de competências, teóricas e práticas, com vista à primazia dos cuidados. Benner (2005) defende que o conhecimento numa disciplina prática consiste no aumento dos conhecimentos práticos com recurso à investigação de cariz científico baseados na teoria aliado aos conhecimentos desenvolvidos por meio da experiência. Perante esta visão, torna-se pertinente o uso de abordagem teórica de enfermagem sustentada no modelo de aquisição de competências desenvolvido por Patrícia Benner, uma vez que permite a compreensão da forma como distam os cuidados prestados pelos EEER em função do seu nível de competências. Segundo a teórica existem cinco níveis de aquisição e desenvolvimento de competências: principiante, principiante avançado, competente, proficiente e perito.

Como forma de sustentar esta pesquisa foram realizadas pesquisas em bases de dados científicas como a *Cinahl*, *Medline* e *Ebsco* bem como a nível nacional, no Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP) onde incluí teses de mestrado que abordassem a temática da pessoa com disfagia pós AVC e a intervenção do EEER. A pesquisa foi realizada entre setembro de 2014 e janeiro de 2018 e incluiu artigos em português, inglês, francês e espanhol, com data de publicação entre janeiro de 2006 e dezembro de 2017, através dos seguintes descritores: AVC, deglutição, disfagia, reabilitação, enfermagem de reabilitação, fenomenologia. Para complementar este trabalho de investigação recorri também à biblioteca da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Este relatório encontra-se estruturado por capítulos, sendo composto num total de 4. No 1º capítulo apresento o quadro conceptual inerente ao estudo, sendo abordada a justificação e pertinência do tema, bem como, o enquadramento teórico. No 2º capítulo são explicitadas as opções metodológicas que serviram de fio condutor para a construção deste trabalho. Do 3º capítulo consta a análise e discussão dos dados obtidos. O 4º capítulo é composto pelas considerações finais relativamente à elaboração deste projeto. Do corpo deste trabalho consiste ainda a bibliografia que serviu de base à formulação deste estudo e os anexos e apêndices.

## **1. QUADRO CONCEPTUAL**

O AVC surge como uma das patologias com maior incidência e morbidade na sociedade atual no presente. Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE) (2017) as doenças do aparelho circulatório continuam a ser a principal causa de morte em Portugal, evidenciando-se o AVC que corresponde a 10.8% do total de mortos no país. Tal é corroborado por Castro (2013) que refere que o AVC é a principal causa de morbidade e incapacidade na Europa. Esta patologia surge também como sendo causadora de um vasto leque de sequelas, que causam um elevado grau de dependência na vida da pessoa, entre as quais a disfagia. Após uma breve justificação acerca da pertinência do tema em estudo, explicitarei o normal processo de deglutição para que seja mais facilitador a perceção das reais alterações do mesmo.

O cerne deste capítulo incide sobre a temática da disfagia, os instrumentos para avaliação da mesma e as técnicas promotoras da alimentação.

### **1.1 Justificação e Pertinência do Tema**

A escolha da temática em estudo surgiu associada à minha experiência, enquanto enfermeira generalista, e foi complementada com recurso a bibliografia de cariz científico.

Desde que concluí a minha formação académica na área da Enfermagem que tenho trabalhado, diariamente, com pessoas a vivenciar alterações decorrentes de AVC. Inicialmente, exerci funções como enfermeira generalista num Centro de Medicina Física e de Reabilitação lidando constantemente com utentes com esta patologia. Atualmente, trabalho numa Unidade de Cuidados Continuados sendo que a maioria dos cuidados que presto estão relacionados com as sequelas que os utentes apresentam resultantes de AVC.

Faralli, Bigoni, Mauro, Rossi e Carulli (2013) referem que o AVC é um problema de saúde mundial, comum e incapacitante. Tal como refere Silva (2015) a presença de compromisso neurológico pode gerar danos a nível das funções motoras, sensoriais, comportamentais, percetivas e linguagem. Sendo assim, várias eram as

sequelas decorrentes de AVC plausíveis de serem estudadas, contudo atendendo à minha prática denoto que uma das sequelas que mais afeta os utentes de quem cuido é a alteração da deglutição - nomeadamente a disfagia. No seu estudo, Paixão, Silva e Camerini (2010) referem que a disfagia surge como uma incapacidade que contribui para a perda da funcionalidade e independência para alimentar-se, trazendo riscos de desnutrição e pneumonia aspirativa para o utente. Gonçalves, Vieira, Vitorino, Félix e Pinto (2015) mencionam que o AVC é a principal causa neurológica de disfagia, ocorrendo em 42% a 67% dos utentes nos primeiros três dias. Itaquy et al (2011) referem que a incidência de disfagia no pós-AVC varia de 42 a 67%. Estes são alguns dos dados obtidos através da literatura, que sustentam a pertinência deste estudo a um nível social, dado este ser um problema que afeta a sociedade atual e que têm repercussões ao nível da saúde e do bem-estar do indivíduo.

Para além da motivação pessoal e da importância do tema a nível social, a nível profissional também é uma área que para mim torna-se importante aprimorar dado que com a realização deste estudo pretendo colmatar o défice de conhecimento nesta área temática, com vista a melhorar a prestação de cuidados ao utente com disfagia decorrente de episódio de AVC.

Outro aspeto que considero ser pertinente para justificar a importância deste estudo, está relacionado com a relevância do mesmo a nível académico-científico dado que após realização de pesquisa bibliográfica nas bases de dados, são poucos os trabalhos desenvolvidos nesta área ao nível de enfermagem, sendo que os mesmos são, maioritariamente, desenvolvidos pela área da Terapia da Fala. Deste modo, considero que a concretização deste estudo poderá potenciar a produção de conhecimento científico, na área da ER, nos cuidados ao utente com disfagia por AVC.

Em suma, o utente com disfagia por AVC surge como sendo uma problemática com a qual lido no meu dia-a-dia, o que a torna uma área de interesse e de enorme importância. Ao realizar este estudo pretendo adquirir competências ao nível do grau de Mestre, na área da Enfermagem de Reabilitação, que me irão permitir intervir com vista à promoção da alimentação dos utentes com disfagia por AVC na perspetiva de promover cuidados de excelência, minimizando os danos para o

utente, reduzindo o tempo de internamento e os custos inerentes ao processo de disfagia.

## **1.2 Acidente Vascular Cerebral**

A Organização Mundial de Saúde (OMS) (2015), define AVC como sendo a interrupção do fornecimento de sangue ao cérebro, normalmente provocada pela rutura de um vaso ou pelo seu bloqueio por um trombo, o que leva a que o aporte de oxigénio e nutrientes seja interrompido, provocando danos no tecido cerebral.

O AVC isquémico é aquele que ocorre decorrente da obstrução de um vaso, resultante das alterações das paredes das artérias, enquanto que o AVC hemorrágico surge num contexto de hipertensão arterial, de um aneurisma ou por causa de alterações da coagulação do sangue podendo originar hemorragia intracerebral ou subaracnoideia.

Segundo Knecht, Hesse e Oster (2011) 80% dos AVC's são isquémicos e 20% são hemorrágicos e mais de um quarto dos pacientes com AVC tem menos de 65 anos. A pessoa que sofreu um AVC pode-se ver confrontada com inúmeras alterações com manifestações concretas, que se prolongam por períodos variáveis. Knecht et al (2011) reforçam que o local, a extensão e a natureza do AVC são as principais determinantes da recuperação funcional.

Silva (2010) acrescenta que esta problemática conduz a uma repercussão na qualidade de vida dos utentes, e a reabilitação assume, por isso, uma grande importância no sentido de ajudar o utente a readquirir capacidades perdidas e a tornar-se o mais autónomo possível, tendo particular importância neste processo os prestadores de cuidados. Partindo deste pressuposto torna-se pertinente a intervenção por parte do EEER ao utente com sequelas de AVC, com o intuito de promover a sua autonomia e reintegração social.

### 1.3 Deglutição

O processo de deglutição surge como sendo uma das funções fisiológicas inerentes ao ser humano e que assume uma enorme importância para a manutenção da vida, pois é através do ato de deglutir que o ser humano adquire os nutrientes necessários para o bom funcionamento do seu organismo. A deglutição consiste num “processo neuromuscular complexo, que exige comunicação entre os sistemas nervosos central e periférico e ações coordenadas entre a cavidade oral, laringe, músculos, nervos cranianos e encéfalo” (Hoeman, 2011, p.299).

Como já foi referido, a deglutição trata-se de um processo complexo que envolve várias regiões do córtex cerebral e vários pares cranianos. Tal como é referido por Hoeman (2011) o encéfalo é que interpreta, integra e coordena toda a informação, bem como a atividade sensorial, motora e reflexa. São seis os pares cranianos envolvidos neste complexo processo – trigémio (V), facial (VII), glossofaríngeo (IX), vago (X), espinhal (XI) e hipoglosso (XII) (Apêndice I).

A deglutição assume como principal função a condução do alimento da cavidade oral para o estômago, pela força propulsora muscular e benefício da gravidade (Hoeman, 2011). A alteração da deglutição no pós AVC leva à alteração da vida da pessoa de diversas formas, tendo implicações a nível biológico, psicológico e social (Paixão et al, 2010). Hoeman (2011) menciona que o ato de deglutir não só visa a obtenção de nutrientes como tem também uma forte componente social, uma vez que as refeições, muitas das vezes, remetem a reuniões de família, momentos de celebração, de convívio e interação social.

No que concerne à estruturação deste processo, o mesmo pode ser dividido em várias fases que ocorrem de forma sucessiva e que estão interrelacionadas. Contudo, na literatura existe informações disparas quanto ao número de fases em que ocorre este processo. Por exemplo, Flis e Edgley (2014) descrevem a deglutição em três fases: oral, faríngea e esofágica. Por sua vez, Hoeman (2011) refere que este é um processo que envolve quatro fases – a oral preparatória, a oral, a faríngea e a esofágica. Após leitura da divisão das fases da deglutição segundo os autores pude aferir que Flis e Edgley (2014) consideram a fase descrita por Hoeman (2011) como sendo oral preparatória na fase descrita pelos mesmos como fase oral. Isto

permite-me concluir que embora os autores distem no número de fases, o processo da deglutição descrito é similar, contudo de seguida explicitarei as fases do processo de deglutição descritas por Hoeman (2011) por considerar as mesmas mais específicas e pormenorizadas, facilitando a compreensão da deglutição. Hoeman (2011) refere que as fases oral preparatória e oral correspondem às fases voluntárias da deglutição, enquanto que as fases faríngea e esofágica dizem respeito às fases involuntárias.

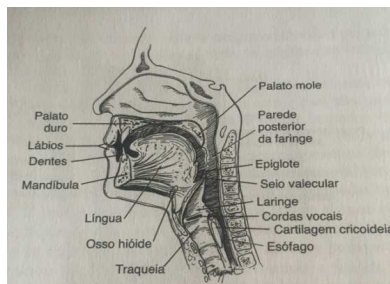
Na fase oral preparatória ocorre a entrada do alimento na cavidade oral, dá-se início ao processo de mastigação e ao envolvimento do alimento com saliva, estando envolvidos neste processo os dentes, a língua, a mandíbula e as glândulas salivares. A fase oral inicia quando a língua propulsiona o bolo alimentar em direção à orofaringe (Hoeman, 2011). Em suma, nas duas primeiras fases ocorre a entrada do alimento na cavidade oral e é solicitada a intervenção de diversos músculos com o sentido de proceder à mastigação com vista ao processo de formação do bolo alimentar, sendo depois enviado para orofaringe. De salientar que a fase oral é controlada pelos pares cranianos – trigémio, facial e hipoglosso.

Na terceira etapa, a fase faríngea ocorre um dos eventos mais importantes deste processo, a proteção das vias aéreas superiores. Na base desse fenómeno estão envolvidos três mecanismos distintos, o fechamento da glote através da adução das pregas vocais; o encerramento da entrada da laringe por meio da eversão da epiglote; e a elevação e anteriorização da laringe. Quando ocorre a elevação da laringe, o esfíncter esofágico superior relaxa e ocorre a passagem do bolo alimentar para o esófago, dando início à última fase do processo de deglutição, a fase esofágica. Esta é considerada a fase mais complexa pois envolve uma grande coordenação entre as funções respiratória e digestiva. Nesta fase, por intermédio dos movimentos peristálticos o alimento é conduzido até ao estômago (Ilustração 1).

Em suma, a existência de dificuldades na deglutição pode ocorrer em qualquer uma destas fases diferindo portanto no modo de intervenção e tratamento da mesma. Contudo a fase considerada mais complexa é a fase faríngea uma vez que é necessário manter a permeabilidade da via aérea enquanto o bolo alimentar é conduzido até ao esófago (Hoeman 2011).

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

### Ilustração 1-Estruturas associadas à deglutição



Fonte: Hoeman (2011, p.299)

## 1.4 Disfagia

O termo disfagia, derivado do grego *dysphagein* (*dys* = má e *phagein* = comer), segundo Hoeman (2011) define-se como sendo a dificuldade ou impossibilidade de engolir, ou seja, é uma desordem na deglutição caracterizada pela dificuldade de conduzir o alimento ou a saliva da boca até ao estômago. Pode ser definida como a dificuldade em deglutir, podendo manifestar-se pelo aumento do tempo despendido na refeição, por períodos de tosse durante as refeições, pela dificuldade em deglutir a saliva, pelo excesso de secreções ao nível da árvore traqueobrônquica, por pneumonias recorrentes ou por perda de peso. Como consequência podem advir aspirações silenciosas não percebidas, ou seja, o alimento ou saliva entra nas vias aéreas e pode conduzir à ocorrência de pneumonia por aspiração (Hoeman, 2011; Cordeiro & Menoita, 2012).

Soares (2014) salienta que a disfagia no pós AVC pode resultar em aspiração e ingestão oral reduzida o que conduz a complicações potencialmente graves, tais como pneumonia, desnutrição e desidratação. Para além das complicações físicas o autor destaca ainda que a disfagia repercute-se na qualidade de vida, no isolamento social, no aumento da mortalidade e no aumento dos custos globais de saúde.

Okubo (2008) refere como sinais de disfagia a tosse, a regurgitação nasal, a fala nasalizada, emagrecimento, e a acumulação de resíduos na cavidade oral. Groher e Crary (2010); Ney, Weiss, Kind e Robbins, (2009) referem também como sintomas da disfagia: dificuldades ou dor na mastigação e na deglutição, mudanças no paladar, sensação de alimento preso na garganta, tosse e engasgo, antes, durante ou após a deglutição.

Gasiorowska e Fass (2009) referem que existem dois tipos de disfagia, a disfagia orofaríngea e a esofágica. A disfagia orofaríngea surge associada a desordens neurológicas e musculares, tais como: o AVC, esclerose lateral amiotrófica, miastenia grave e doença de Parkinson. Esta consiste numa incapacidade de iniciar uma deglutição normal o que leva a uma dificuldade da passagem do bolo alimentar da cavidade oral para o esófago. Por sua vez, a disfagia esofágica consiste numa desordem de origem mecânica que impede o transporte do bolo alimentar para o esófago e que está frequentemente associada ao cancro do esófago.

Corbin-Lewis, Liss e Sciortino (2009) salientam que a disfagia orofaríngea pode ser classificada em dois grupos distintos: as disfagias mecânicas, decorrentes de alterações estruturais, como nos tumores da cabeça e pescoço; e as neurogênicas que estão relacionadas com alterações ao nível do sistema nervoso central ou periférico, tal como acontece no AVC, doença de Parkinson, traumatismo crânio-encefálico, paralisia cerebral e doenças degenerativas

Posto isto, e como referem Warnecke et al (2009) uma avaliação cuidadosa da deglutição é crucial para a escolha da estratégia de alimentação mais adequada ao tratamento da mesma.

Este fenómeno apresenta-se como uma área de estudo bastante pertinente para a ER na medida em que é uma das co-morbilidades resultante do AVC com uma elevada incidência e que potencia alterações a nível emocional e de interação social à pessoa (Soares, 2014).

## 1.5 Disfagia por Acidente Vascular Cerebral

Como foi referido anteriormente esta investigação incide sobre a temática da disfagia causada por AVC. A minha experiência profissional parece evidenciar que a disfagia é uma das sequelas mais notórias no pós AVC e que acarreta bastantes alterações à pessoa que a vivencia. Tal é evidenciado através da literatura, Soares (2014) descreve que a disfagia pode afetar até 55% das pessoas diagnosticadas com AVC. A elevada incidência de disfagia no pós AVC também é evidenciado por Itaqui et al (2011) sendo que a mesma pode variar entre 42 a 67%.

Segundo Martino et al (2005) e Hoeman (2011) os fatores de risco associados à incidência da disfagia após o AVC são a severidade do mesmo, o nível de consciência, a extensão e áreas da lesão no cérebro, os problemas de saúde associados, a função respiratória, o estado imunológico, a postura no momento da avaliação, a mobilidade das estruturas, o estado mental, a higiene oral e o tipo de alimento oferecido. Martino et al (2005) refere ainda que os sinais mais frequentes de disfagia no pós AVC são a diminuição do reflexo de deglutição, estase do conteúdo alimentar, redução dos movimentos da faringe e proteção das vias aéreas, a presença de atraso ou ausência no início da fase faríngea e a lentificação do trânsito oral.

Segundo Itaqui et al (2011) as complicações mais frequentes da disfagia são as complicações pulmonares por aspiração de saliva e/ou alimento, desnutrição, desidratação, hospitalização prolongada e morte. Para além destas complicações, Soares (2014) salienta que a disfagia tem repercussões ao nível da qualidade de vida, do isolamento social e no aumento de custos globais com a saúde. Deste modo, como sugerem Teixeira e Silva (2009) os enfermeiros tem de adquirir competências de forma a realizar uma adequada avaliação do utente com disfagia, realizando um diagnóstico precoce e implementando programas de reabilitação. Assim, é fulcral que o EEER demonstre conhecimentos acerca das complicações inerentes à disfagia de forma a conseguir intervir ao nível da educação do utente, do cuidador/família, com o intuito de promover uma alimentação segura e prevenindo complicações associadas, respeitando os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem descritos pela Ordem dos Enfermeiros (2001).

## 1.6 Instrumentos de Avaliação da Deglutição

Para Hesbeen (2003, p.54), “a reabilitação combina uma disciplina e um espírito cuja intenção é trabalhar para que as pessoas e as populações atingidas por determinada deficiência ou incapacidade, se tornem os mais independentes possíveis”. É um processo global e dinâmico orientado para a recuperação física e psicológica da pessoa, portadora de deficiência de modo a permitir uma reintegração na sociedade (Hesbeen, 2003). Hoeman (2011) salienta que os *deficits* provocados pelo AVC conduzem a alterações profundas da vida da pessoa, família e comunidade.

Partindo do ponto de vista dos autores, o trabalho do EEER é crucial para que o processo de reabilitação ocorra com ganhos de saúde que permitam à pessoa recuperar ao máximo a sua independência e autonomia com o intuito de a reintegrar na sociedade. Cardoso et al (2011) consideram que a identificação precoce e o estabelecimento de intervenções ajustadas às dificuldades da deglutição contribui para evitar sequelas e complicações associadas à disfagia pós AVC. Razão pela qual é de extrema relevância o uso de instrumentos de avaliação como suporte de apoio à tomada de decisão clínica em enfermagem, como refere Sequeira (2010). Cardoso et al (2011) mencionam que o uso de instrumentos de avaliação da deglutição permite ao EEER avaliar a capacidade de deglutição assim como ajustar as consistências alimentares às necessidades do utente.

Cardoso et al (2011) e Ferreira (2017) referem ainda que ao nível dos instrumentos de avaliação utilizados para a deteção precoce da disfagia, destaca-se a existência de métodos de avaliação clínica invasiva e não-invasiva. Maccarini et al (2007) defendem que estes métodos de avaliação não só permitem detetar a presença de disfagia como também determinar as causas, planear as estratégias de reabilitação e aferir os resultados das suas intervenções, podendo ser utilizados de forma complementar ou em separado.

Daniels (2006) e Dawodu (2008) referem que a avaliação clínica invasiva inclui: a videofluroscopia da deglutição; a videoendoscopia da deglutição; a esofagoscopia

transnasal; a ultrassonografia; a eletromiografia; a cintigrafia; a manometria faríngea e a auscultação cervical<sup>1</sup>.

Por sua vez a avaliação clínica não-invasiva baseia-se na anamnese e exame físico dirigidos aos problemas da deglutição, na avaliação da anatomia e na funcionalidade, sensibilidade e reflexos e, por último, no teste da ingestão oral<sup>2</sup> (Cardoso et al 2011).

De acordo com o que é sugerido por Maccarini et al (2007), a anamnese e o exame físico – sendo o primeiro passo da abordagem ao utente – deve recolher informações acerca da idade do cliente, do estado geral de saúde, do diagnóstico neurológico, das características da respiração, do estado de consciência e condições neuro psicológicas, da capacidade de comunicação, dos hábitos alimentares, da qualidade da articulação do discurso, da presença de hipersalivação, da duração da refeição e da condição social.

Dawodu (2008) refere que o passo seguinte da avaliação não-invasiva diz respeito à avaliação estrutural e engloba os lábios (abertura, encerramento, insuflação, beijo), a língua (mobilidade, protusão, retração), a mandíbula, o palato, a laringe (morfologia e movimentos das cordas vocais, encerramento da glote, elevação da laringe) e o controlo muscular cefálico.

Ao nível da sensibilidade, Maccarini et al (2007) referem que deve ser testada na região peri-bucal (superficial e profunda), nos lábios, boca, língua e palato (superficial, profunda e térmica) e avaliam-se os reflexos, entre os quais o de vômito, tosse, capacidade de morder, sucção, deglutição e características da voz após a ingestão de alguma água (voz seca, húmida ou gorgolejante).

Para além das avaliações, anteriormente mencionadas, existem outro tipo de instrumentos plausíveis de complementar a avaliação acima referida, nomeadamente o uso de escalas.

---

<sup>1</sup> Videofluroscopia da deglutição ou videorradioscopia modificada com bário consiste um exame radiológico que permite a avaliação dinâmica da deglutição; Videoendoscopia é um exame que recorre ao nasofaringoscópio de fibras óticas para examinar a nasofaringe; esofagoscopia transnasal é um exame que permite analisar a cavidade nasal; Ultrassonografia permite em tempo real ver o fluxo sanguíneo nos pequenos vasos; Eletromiografia permite avaliar problemas nervosos ou musculares; Cintigrafia permite estudar o trânsito e esvaziamento esofágico; Manometria faríngea permite avaliar o funcionamento da faringe; Auscultação cervical permite avaliar os sons da deglutição (Daniels,2006; Dawodu,2008).

<sup>2</sup> Consiste numa avaliação funcional que avalia a fase oral (sucção e mastigação) e a fase faríngea usando líquidos(água), semi-líquidos (alimentos liquefeitos) e semi-sólidos (dieta pastosa) (Cardoso et al 2011).

Das pesquisas realizadas, das escalas utilizadas no âmbito da ER como instrumento de avaliação da disfagia, destacam-se: The Gugging Swallowing Screen (GUSS), The Dysphagia Handicap Index (DHI), The Mann Assessment of Swallowing Ability (MASA) e The Modified Mann Assessment of Swallowing Ability (MMASA) (OE, 2016; Antonios et al. 2010).

Segundo Trapl et al (2007), a escala GUSS é usualmente utilizada para a identificação de disfagia em utentes com AVC. Esta é constituída por 7 itens e tem como objetivo avaliar a capacidade, a gravidade e o grau de severidade da disfagia. Esta escala fornece um *score*<sup>3</sup> que está associado à severidade da disfagia e que fornece indicações do modo como intervir de acordo com o mesmo. Esta escala está dividida em duas secções, numa primeira secção é realizada uma avaliação preliminar ou teste de deglutição indireto onde são avaliados o estado de alerta, a capacidade de deglutição da saliva e a capacidade de tosse e de limpeza faríngea. Na segunda secção ou teste de deglutição direto é avaliada a deglutição, a tosse, a sialorreia e as alterações da voz. Neste teste direto da deglutição recorre-se à água destilada, ao espessante, ao pão e a uma colher de chá para testar as 3 sub-etapas que se encontram divididas de acordo com o tipo de consciência (semi-sólido/pastoso, líquido e sólido) (Anexo I).

A escala DHI foi desenvolvida por Woisard, Andrieux e Puech (2006) e tem como finalidade a avaliação da disfagia no indivíduo através de várias perspetivas. É composta por 30 itens distribuídos por 3 domínios (10 itens cada), o domínio físico que aborda os sintomas relacionados com a deglutição; o domínio funcional que diz respeito às consequências nutricionais e respiratórias; e o domínio emocional que se refere às suas consequências psicossociais<sup>4</sup>.

A MASA (Mann, 2002) é uma ferramenta usada para determinar os níveis de capacidade da função da deglutição em indivíduos acometidos por doenças neurológicas e pode ser utilizada também para identificar utentes com risco de

---

<sup>3</sup> Score 0-9: nada *per os* (via oral), indicada entubação nasogástrica; score 10-14 indicação para puré/dieta passada, líquidos espessados, comprimidos triturados e não administração de terapêutica líquida; score 15-19 indicado puré/dieta passada e líquidos administrados de forma lenta, sugerida avaliação especializada; score 20 indicação para dieta geral e líquidos de forma normal, sugerida supervisão na primeira refeição (Trapl et al 2007).

<sup>4</sup> As respostas a estes itens variam entre zero e quatro, sendo que o zero corresponde a 'nunca', um representa 'quase nunca', dois diz respeito ao 'às vezes', o três remete-se para o 'quase sempre' e o quatro corresponde ao 'sempre'. O handicap máximo corresponde a uma pontuação total de 120 (Woisard, Andrieux & Puech, 2006).

aspiração. É um protocolo clínico que inclui 24 itens que avaliam as componentes sensoriais da deglutição, a cooperação e compreensão auditiva, a cognição e a comunicação. Esta escala permite efetuar uma triagem dos pares cranianos e a avaliação funcional da deglutição<sup>5</sup> (Anexo II)

A escala MMASA, desenvolvida por Antonios et al (2010) tem por base a escala MASA (Mann, 2002) e é composta por 12 dos 24 itens da mesma. Nela estão incluídos os itens: estado de alerta, colaboração do utente, respiração, compreensão verbal oral, expressão verbal oral, disartria, saliva, capacidade de morder, movimento da língua, força da língua, tosse voluntária e os movimentos do palato. Esta adaptação da escala MASA surgiu com o intuito de ser um teste fácil e rápido de aplicar em todos os utentes com AVC para a identificação precoce da disfagia<sup>6</sup>. (Anexo III)

Em suma, a escolha e o uso de instrumentos de avaliação no diagnóstico precoce da disfagia são cruciais para que o EEER consiga definir um plano de intervenção adequado às necessidades da pessoa e permite ao mesmo realizar uma colheita de dados rápida e eficaz. A escolha do uso de um determinado instrumento de avaliação é feita de acordo com as normas institucionais e é da competência do profissional que avalia o utente e deve ser adequada às características da pessoa a ser avaliada. Para além disso o uso de instrumentos de avaliação permite ao EEER realizar um balanço da sua intervenção, dando com isso alguma visibilidade aos cuidados por si prestados e à importância dos mesmos, bem como possibilita a análise e comparação de diferentes situações de cuidados numa perspetiva de evidência científica.

## **1.7 O papel do EEER na intervenção à pessoa com disfagia**

Sendo este um trabalho no âmbito da enfermagem, deve ser analisado de uma forma cuidada e rigorosa à luz de um pensamento de enfermagem. Como forma de compreender o pensamento e as vivências relatadas pelos EEER participantes no estudo, considereei pertinente buscar os contributos da autora Patrícia Benner de

---

<sup>5</sup> Cada item da escala é pontuado de acordo com a gravidade da alteração encontrada, podendo atingir a pontuação máxima de 200 pontos; resultados iguais ou superiores a 178 pontos identificam utentes com sinais e sintomas clínicos sugestivos de disfagia orofaríngea (Mann, 2002).

<sup>6</sup> O score máximo da escala MMASA é de 100 (Antonios et al 2010).

forma a analisar os dados obtidos de uma forma mais criteriosa, permitindo identificar diferenças entre os participantes ao nível das suas competências.

Marques (2002) refere no seu estudo que o enfermeiro, ao ser uma pessoa que cuida de outras pessoas, para ajustar as suas intervenções e atividades às exigências dos locais de trabalho, necessita de adquirir um conjunto de competências diversas, incluindo as técnicas, as científicas, as humanas e as relacionais.

Patricia Benner (2005) defende que o conhecimento numa disciplina prática consiste no aumento dos conhecimentos práticos com recurso à investigação de cariz científico baseados na teoria aliado aos conhecimentos desenvolvidos por meio da experiência. Benner (2005) adaptou o Modelo Dreyfus da 'aquisição de competências' à prática de enfermagem, descrevendo a existência de cinco níveis de aquisição e desenvolvimento de competências: principiante, principiante avançado, competente, proficiente e perito. Estes níveis encontram-se dependentes das mudanças ocorridas no domínio da integração dos princípios abstratos na prática, da perceção que o formando tem das situações e na mudança de papel de observador para participante ativo.

Com base na adaptação deste modelo, Benner (2005) descreve as características comportamentais dos enfermeiros consoante o seu nível de desenvolvimento, focando também as suas implicações no ensino e na aprendizagem.

O primeiro destes níveis é o de 'Iniciado', em que o enfermeiro não tem experiência, necessitando de regras e normas, independentes do contexto, que a orientem na sua prática. Isto determina uma atuação demasiado limitada que nem sempre se adequa ao contexto situacional, devido à dificuldade sentida na integração dos conhecimentos teóricos numa situação real.

No nível seguinte, de 'Iniciado Avançado', o enfermeiro já consegue identificar fatores significativos de experiências anteriores que possam ser utilizados na resolução de situação atuais. Apresenta, no entanto, dificuldade na atribuição de prioridades.

Quanto ao nível de 'Competente', o enfermeiro já se apercebe da sua ação e planeia, de forma consciente, a sua intervenção a longo prazo, a partir de uma

análise dos problemas e estabelecimento de prioridades. Contudo, ainda não apresenta experiência suficiente para conseguir reconhecer uma situação no seu todo.

O enfermeiro 'Proficiente' consegue encarar a globalidade inerente a cada situação, o que facilita o estabelecimento de prioridades, assente em experiências vividas. A sua ação é orientada por "máximas", que direciona à especificidade da situação.

Por último, o enfermeiro 'Perito' encara intuitivamente as situações ignorando o que não é essencial para a resolução do problema, com um grande nível de adaptabilidade e competências. No entanto, em caso de dúvida, recorre facilmente a instrumentos analíticos.

Tendo em conta os níveis de desempenho desenvolvidos por Benner (2005) considero que o seu uso neste estudo foi de extrema relevância para a análise dos cuidados de ER vivenciados e descritos pelos EEER participantes. Tal é importante, uma vez que os contributos de cada participante para os achados obtidos podem ser bastante disparos podendo os mesmos estar relacionados com o nível de competências do participante.

A Ordem dos Enfermeiros (2010) preconiza que compete ao EEER conceber planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas ao auto-controlo e auto-cuidado no processo de transição saúde/doença ou incapacidade

O EEER surge, assim, como um elemento fulcral no auxílio da pessoa, ser holístico, e da família, na fase de transição e de adaptação à sua nova condição, uma vez que o trabalho dos especialistas em enfermagem de reabilitação abrange necessariamente a informação, a orientação e a capacitação dos utentes e familiares na doença, na reabilitação, na readaptação e na reinserção familiar, social e laboral (Hesbeen, 2003).

Posto isto, após uma avaliação do utente disfágico com recurso aos instrumentos anteriormente descritos o EEER deve executar um plano de intervenção direcionado à pessoa com vista à promoção da satisfação do auto-cuidado da alimentação, recorrendo a diversas técnicas e incluindo a família ao longo do processo de reabilitação. A intervenção do EEER deve assim ser centrada

na pessoa, permitindo a tomada de decisão informada com vista à escolha do tratamento e melhoria dos cuidados, tal como é defendido por Jayadevappa e Chhatre (2011).

O objetivo das manobras promotoras da deglutição é permitir uma deglutição eficaz e segura, diminuindo os riscos de aspiração. Segundo Soares (2014) e Hoeman (2011) as principais técnicas são: higiene oral, as manobras posturais, a alteração da consistência alimentar, manobras facilitadoras da deglutição, estimulação sensório-motora, massagem e estimulação térmica e tátil. A World Gastroenterology Organisation (WGO) (2014) refere que as técnicas de reabilitação da deglutição devem incluir exercícios de fortalecimento, medidas de correção postural, alteração da consistência alimentar com recurso a espessante e adição de ácido cítrico como forma de estimular o reflexo de deglutição através da estimulação gustativa (Apêndice II).

Para Hoeman (2011) um dos principais cuidados a serem praticados junto da pessoa com disfagia, é a higiene oral, que deve ser feita mesmo quando o utente não estiver sendo alimentado oralmente, uma vez que a boca é um local de alto índice de colonização de micro organismos. Tanto cuidadores como o próprio utente devem ser orientados para realizarem a higiene oral da mucosa e dentes com auxílio de espátula, gaze, cotonete, escova de dente e nistatina. A autora refere que a cavidade oral deve ser limpa antes e após as refeições, devendo ser escovados os dentes, as gengivas, a língua e o palato. Tal fato prende-se com a importância de evitar problemas de saúde oral e de manter o paladar ativo.

Hoeman (2011) refere que o utente deve ser corretamente posicionado, devendo estar posicionado num ângulo de 90º, ou seja, na posição de sentado e deve manter o alinhamento corporal. Também a WGO (2014) refere que para a reabilitação e reeducação da deglutição devem ser sugeridas modificações na postura, nomeadamente ao nível do posicionamento.

Hoeman (2011) e Braga (2017) sugerem algumas recomendações para o treino de deglutição da pessoa com disfagia, nomeadamente: o utente deve ser alimentado na posição sentado, mantendo o alinhamento corporal, o queixo deve estar direcionado ao peito como forma de proteger a via aérea e diminuir o risco de

aspiração e o utente deve permanecer com a cabeceira elevada pelo menos até 30 minutos após a refeição como forma de diminuir o refluxo esofágico.

Ao nível das consistências, estas devem ser adequadas ao tipo de alteração que a pessoa apresenta. Usualmente recorre-se ao espessante como forma de alterar a textura e consistência dos alimentos e dos líquidos. Segundo Hoeman (2011), os líquidos podem obter a consistência<sup>7</sup> de néctar, de mel ou de pudim. No que concerne aos alimentos sólidos, à semelhança dos líquidos também devem ser adequados ao tipo de disfagia que o utente apresenta, no caso de a disfagia ser ligeira devem ser fornecidos alimentos moles, se a disfagia for moderada é recomendado o fornecimento de dieta passada e na disfagia grave não é recomendada a ingesta per os (via oral), devendo o utente ser sujeito a entubação nasogástrica (Trapl et al, 2007).

Cardoso et al (2011) salientam a realização de exercícios para aumento da resistência muscular. Estes devem ser realizados ao nível dos lábios (estalar os lábios, lateralização, segurar a espátula entre os lábios, protusão e retração dos lábios), da língua (lateralização, protusão e retração da língua, elevação da língua em direção ao palato duro, empurrar as bochechas com a ponta da língua, estimulação com recurso a gelado), das bochechas (insuflação, soprar o ar e sugar), do palato mole (soprar, sugar e vocalizar o ‘a’). O mesmo autor defende que quando existe uma demora no transporte do bolo alimentar ou quando uma restrição da elevação, na lateralização ou na coordenação dos movimentos da língua deve ser fornecida dieta com alteração da consistência alimentar de acordo com as necessidades da pessoa. Como estratégia para ultrapassar esta limitação, Hoeman (2011) reporta para a importância da realização de exercícios para controlo do bolo alimentar, tais como: lateralização da língua durante a mastigação, elevação da língua em direção ao palato duro. O profissional de reabilitação neste tipo de situações devem ainda recorrer ao uso de manobras posturais e incentivar o utente a realizar *double swallow*<sup>8</sup>, tal como é corroborado por Braga (2017).

---

<sup>7</sup> Consistência de néctar os líquidos são espessados e apresentam uma textura semelhante ao de um néctar; consistência de mel os líquidos são espessados até obter a consistência semelhante ao mel; consistência de pudim os líquidos são espessados até obter consistência semelhante a um pudim.

<sup>8</sup> *Double swallow* – técnica que consiste em deglutir duas vezes seguidas.

Hoeman (2011) refere que a regurgitação nasal, tosse ou pigarreio após a deglutição, a presença de uma 'voz molhada' e a realização de múltiplas deglutições são sugestivas da aspiração de conteúdo alimentar ou saliva para as vias aéreas pelo que devem ser realizados exercícios que aumentem a proteção da via aérea. Nestas situações deve adequar-se o volume do bolo alimentar fornecido, devendo ser administradas pequenas quantidades de alimento e deve realizar-se estimulação térmica como forma de estimular a língua e as bochechas.

Hoeman (2011), Braga (2017), Ferreira (2017), Cardoso et al (2011) e Soares (2014) fazem referência a diversas manobras que podem ser utilizadas para facilitar o processo de deglutição da pessoa com disfagia e que tem como intuito facilitar a deglutição através de movimentos compensatórios. Hoeman (2011) divide as manobras usadas no tratamento da disfagia em dois tipos, as manobras posturais e as manobras compensatórias da via aérea/ técnicas de deglutição. Dessas manobras destacam-se: a manobra de Mendelson, a deglutição supraglótica, manobra super-supraglótica, manobra 'double swallow', manobra 'hard swallow' e manobra de Masuko (Apêndice II).

Em suma, o EEER deve avaliar o utente com disfagia de uma forma global e perspectivando um plano de cuidados com intervenções individualizadas tendo em conta as necessidades da pessoa, dando primazia à realização de ensinamentos e à inclusão da família ao longo do processo de reabilitação. Como refere Hoeman (2011) a questão da alimentação é um problema complexo e multifatorial pelo que o trabalho ao utente com alteração da deglutição deve ser realizado pela equipa multidisciplinar, sendo que os contributos das diversas áreas (enfermeiro, EEER, médico, terapeuta ocupacional, psicólogo, terapeuta da fala, fisioterapeuta) são essenciais para um processo de reabilitação. Atendendo aos conhecimentos de Benner (2005) importa referir que o EEER deve aliar os conhecimentos teóricos e técnicos, sustentados na evidência científica, à sua experiência com o intuito de prestar cuidados de excelência e de promover a reabilitação e reintegração do utente e família na sociedade.



## **2. OPÇÕES METODOLÓGICAS**

Neste capítulo irei explicitar a abordagem metodológica que sustenta o desenvolvimento deste estudo, explicando qual o caminho escolhido e o porquê da sua escolha à luz dos diversos autores. Constará assim do capítulo o tipo de estudo e a respetiva abordagem, os procedimentos de recolha de dados, as características dos participantes, o método de análise de dados utilizado, as questões éticas inerentes ao estudo bem como as limitações do mesmo.

### **2.1 Tipo de Estudo**

A seleção da metodologia a utilizar emerge como uma decisão importante a tomar, uma vez que norteia o sentido a dar à investigação e ajuda a definir a questão de investigação bem como os seus objetivos. Esta deve servir os propósitos da investigação em curso de forma a conseguir objetivos definidos, precisos e credíveis. Tal é defendido por Fortin (2009, p. 53) que afirma que “as decisões tomadas na fase metodológica determinam o desenrolar do estudo”.

Giorgi e Sousa (2010) referem que o investigador deve ser rigoroso na escolha do método de pesquisa a utilizar, relacionando-o com a questão que serve de base para a sua investigação, o que valida os resultados obtidos, tornando-os mais concretos, plausíveis e rigorosos, uma vez que este princípio aumenta a validade dos resultados a obter. Os mesmos autores defendem ainda que independentemente do modo como o investigador determina a escolha do método existe sempre uma análise parcial dos factos em estudo, sabendo que tanto se pode recolher benefícios como surgirem limitações inerentes à opção assumida, uma vez que nenhuma metodologia é perfeita.

O objeto deste estudo surge como sendo um fenómeno intrincado na medida em que no mesmo observa-se o EEER como prestador de cuidados à pessoa com disfagia pós AVC e as suas várias respostas em interação constante com o meio, ou seja, com o utente, família e equipa multidisciplinar, o que possibilita que a sua realidade seja interpretada de diversas formas e esteja em constante permuta, não existindo por isso uma só realidade e, dessa forma, uma verdade absoluta.

Assim, como forma de orientar esta investigação e de ir ao encontro dos seus objetivos optei por utilizar como metodologia de investigação o método qualitativo, uma vez que o seu objetivo é “descobrir, explorar, descrever fenómenos e compreender a sua essência” (Fortin, 2009, p.32). A abordagem qualitativa visa esclarecer e dar a conhecer os processos complexos da subjetividade, ao contrário do que acontece nos métodos quantitativos, em que a base de análise reside na descrição e controlo das variáveis a estudar, mediante o modo como se efectua o tratamento dos dados (Holanda, 2006).

Fortin (2009, p.31) afirma que o estudo qualitativo: “está associado a uma conceção holística do estudo dos seres humanos”. O pensamento dos autores anteriormente citados vai ao encontro do meu objetivo enquanto investigadora, visto que ao realizar este estudo pretendia descobrir e explorar o fenómeno da prestação dos cuidados de reabilitação ao utente com disfagia por AVC, através da experiência descrita pelos participantes com base na vivência que estes têm sobre este fenómeno.

Após definir a abordagem cujos seus pressupostos serviram de base ao desenvolver deste projeto de investigação, tornou-se crucial decidir qual a tipologia que iria nortear o estudo com vista a dar resposta à questão de investigação e ir ao encontro dos objetivos definidos para o mesmo. Fortin (2009) refere que a investigação qualitativa pode ter várias abordagens, que apesar de terem algumas características em comum distam nos seus objetivos.

Quando o investigador optou pelo uso da metodologia qualitativa para estudar um fenómeno, pareceu inevitável, pertinente e necessário a utilização do estudo dos fenómenos, uma vez que estes são constituídos pelo que é emergente à consciência do ser humano, procurando em si mesmo explorar o que lhe é consciente (Oliveira, Lopes, & Diniz, 2008). Ao estudo dos fenómenos atribui-se a designação de Fenomenologia, a qual consiste num movimento filosófico que surge com Edmund Husserl e que abrange não só a filosofia como também serve de apoio para o modo como o Homem se vê e percebe a si próprio e ao mundo que o rodeia (Giorgi e Sousa 2010).

De acordo com a questão principal do estudo, o meu objetivo enquanto investigadora era o de identificar quais as intervenções/estratégias definidas pelo

EEER com vista à promoção da alimentação da pessoa com disfagia por AVC. Streubert e Carpenter (2013) afirmam que a fenomenologia pretende dar a conhecer o significado dos fenómenos humanos vividos, através da análise das descrições dos participantes.

Desta forma, considerando que pretendo conhecer as vivências do EEER no que concerne aos cuidados de ER à pessoa com disfagia por AVC, bem como o significado que o mesmo atribui a essa experiência, considero que a abordagem fenomenológica é a que melhor se adequa ao estudo deste fenómeno.

Giorgi e Sousa (2010) defendem que a abordagem fenomenológica investiga a experiência vivida dos sujeitos efetuando uma análise quanto ao modo como os objetos são transmitidos à consciência, como é que cada sujeito experiencia o fenómeno que se encontra em análise. Deste modo, o EEER entendido como sujeito epistémico revela percepções de si mesmo, do outro, da envolvência social e cultural relativamente ao modo como este se liga à sua consciência, com base central na experiência dos cuidados de reabilitação à pessoa com alteração da deglutição vivenciada por si.

A clarificação dos autores sobre este método dá resposta àquilo que era o meu objetivo com o desenvolvimento deste projeto, visto centrar-me no fenómeno dos cuidados de ER à pessoa com disfagia por AVC com o intuito de analisar e interpretar as experiências relatadas pelos participantes neste estudo – os EEER, indo ao encontro da ideia defendida por Marques (2002) que refere que numa investigação qualitativa, importa que o investigador se envolva nos objetos e acontecimentos de modo a avaliar o seu valor como dados.

Streubert e Carpenter (2013) e Giorgi e Sousa (2010) identificam duas abordagens fenomenológicas, apresentando métodos de análise e fundamentos filosóficos distintos, a fenomenologia descritiva ou ‘eidética’ desenvolvida por Edmund Husserl e a fenomenologia interpretativa ou ‘hermenêutica heideggeriana’ defendida por Heidegger. A fenomenologia ‘heideggeriana’ tem como finalidade a interpretação dos fenómenos e a revelação dos significados comuns que estejam contidos. Por sua vez, a fenomenologia descritiva tem como objetivo obter conhecimento da estrutura essencial dos fenómenos em estudo. A escolha da abordagem fenomenológica de Husserl, fenomenologia descritiva, surge como a

mais adequada para este estudo uma vez que se pretende descrever o fenómeno dos cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com disfagia por AVC a partir da perspetiva dos EEER, isto é, pretende-se descrever o significado da experiência dos cuidados de reabilitação prestados à pessoa com disfagia por AVC a partir do ponto de vista dos EEER que prestam esses cuidados.

A fenomenologia descritiva vai ao encontro das diretrizes teóricas e metodológicas defendidas pelo método definido por Giorgi e Sousa (2010). Giorgi surge como sendo um dos investigadores relacionados com a fenomenologia em relação às ciências humanas, sendo pioneiro no desenvolvimento de uma metodologia qualitativa.

Em suma, a opção por uma metodologia de investigação qualitativa, com uma abordagem fenomenológica descritiva prende-se com o fato de permitir-me enquanto investigadora elaborar um estudo, de forma científica, do fenómeno dos cuidados de reabilitação à pessoa com disfagia por AVC, atendendo à descrição das experiências e vivências dos EEER participantes no estudo.

## **2.2 Procedimento de recolha de dados**

Considero que antes de definir os procedimentos a utilizados para a recolha dos dados deste estudo, importa explicitar, tendo por base a questão de investigação e o fenómeno em estudo, os critérios que foram definidos como sendo de inclusão para seleção dos participantes do estudo.

A escolha dos participantes do estudo foi realizada com base numa ‘amostragem por conveniência’ como refere Bogdan e Biklen (2013) por considerar que seria facilitador ao desenvolvimento do projeto. Assim, os participantes deste estudo foram EEER – uma vez que as suas intervenções são o objeto de estudo deste projeto – com experiência em cuidar de utentes a vivenciar situações de disfagia por AVC. Todos os participantes exercem funções em contexto hospitalar em Hospitais da região do Algarve<sup>9</sup>. Não foram critérios para exclusão da participação neste estudo o género nem os anos de experiência na área da ER.

---

<sup>9</sup> A escolha de participantes que desempenhem funções na região do Algarve foi com base numa seleção de amostra por conveniência minha enquanto investigadora, por uma questão de

A técnica da amostragem seguida foi a designada por ‘amostragem por redes’ ou amostragem em ‘bola de neve’ defendida por Fortin (2009). Segundo a autora, esta técnica consiste num “método no qual os indivíduos recrutados inicialmente sugerem, a pedido do investigador, os nomes das outras pessoas que lhe parecem apropriadas para participar no estudo” (Fortin, 2009 p. 322). O contato com os entrevistados foi surgindo por intermédio uns dos outros, através de redes sociais e de amizades. A inclusão de participantes privilegiados considerou-se importante para o desenvolver do estudo na medida em que os participantes sugeridos por esta técnica apresentavam características em comum. Apesar das vantagens deste método de escolha de participantes, nomeadamente a ausência de custos e a facilidade de contato com o participante este também apresenta limitações nomeadamente a questão da representatividade e da qualidade dos dados fornecidos (Fortin, 2009), o que foi uma preocupação minha enquanto investigadora e que procurei minimizar através da seleção dos participantes tendo em conta o seu contexto de prática clínica e as suas vivências sobre a temática em estudo..

Streubert e Carpenter (2013) referem que ao nível da investigação qualitativa existe uma panóplia de estratégias para obtenção dos dados. Atendendo às características já definidas para o estudo a opção mais adequada para recolher os dados surge através da realização de entrevistas aos EEER. Holanda (2006) refere que o investigador deve utilizar questões que possibilitem a exploração do significado da experiência mediante a descrição dos sujeitos que vivenciaram o fenómeno através da técnica de entrevista, estudo a que se acrescenta a auto-reflexão como base para a análise dos dados. Com base na evidência científica, recolhi os dados deste estudo através da realização de entrevistas semi-estruturadas, pois como menciona Fortin (2009) a colocação de questões abertas permite ao participante intervir espontaneamente, colocando questões e fazendo ressaltar o seu ponto de vista. Considero que esta escolha foi bastante assertiva uma vez que tornou o meu estudo mais rico em termos de conteúdo, pois possibilitou aos EEER relatar um maior número de vivências no cuidado de reabilitação à pessoa com disfagia por AVC e o surgimento de novas questões ao longo da análise dos dados.

---

operacionalização do estudo uma vez que resido e exerço funções enquanto enfermeira nessa região.

O número de entrevistas realizadas foi determinado pela 'saturação dos dados'. O princípio da 'saturação dos dados' é definido por Fortin (2009) como sendo o momento em que os temas e as categorias repetem-se e as colheitas de dados não fornecem novos contributos. Tendo por base este princípio, ao ocorrer repetição de dados e confirmação dos mesmos considere-se que ao analisar a quinta entrevista havia saturado os dados obtidos, contudo tenho presente as limitações deste princípio, como refere Morse (2007) a questão da 'saturação dos dados' é um mito e importa ao investigador ter presente que em qualquer momento a formação de um novo grupo de participantes pode levar ao surgimento de novos dados.

Primeiramente foi realizado um contato telefónico com os EEER e as entrevistas foram realizadas em local, data e hora definido pelos participantes. Das cinco entrevistas realizadas, quatro decorreram nos respetivos locais de trabalho dos participantes e uma foi realizada no meu domicílio<sup>10</sup>. Importa salientar que antes da realização das entrevistas os participantes tiveram acesso a um guião da entrevista bem como a uma grelha com informação geral sobre o estudo (Apêndice III). Tal vai ao encontro do que é defendido por Siedman (2006) que refere que como forma de incentivar as pessoas a participar e permitir-lhes sentirem-se mais confiantes e seguras é útil o fornecimento prévio e com antecedência de um protocolo com a versão escrita das principais questões.

A duração das entrevistas teve uma duração média de 46 minutos. As entrevistas foram realizadas entre outubro de 2014 e maio de 2015. Após a realização de cada entrevista, foi atribuído o código E, correspondente a entrevistado, mais um número de acordo com a ordem de realização das mesmas com o intuito de não ser feita alusão ao nome dos participantes com vista a manter a confidencialidade.

Como forma de facilitar a análise dos dados todas as entrevistas foram audiogravadas, sendo que posteriormente foi realizada uma transcrição na íntegra das mesmas, incluindo os tempos de pausa e expressão de sentimentos ou dúvidas.

---

<sup>10</sup> Esta foi uma opção do participante pois no local onde exerce funções não existe uma sala apropriada para a realização da entrevista. Deste modo, para a realização da entrevista foi escolhido um local calmo, discreto e agradável, tal como é defendido por Fortin (2009).

## 2.3 Análise dos dados

Tal como referem Streubert e Carpenter (2013) a análise dos dados começa quando se inicia a colheita dos dados, sendo que é um processo em constante transformação no qual o investigador permanece numa busca por novas perguntas e por novas descrições dos achados através da constante análise dos registos obtidos. A análise dos dados requer assim uma boa capacidade de interpretação e de análise crítica e reflexiva dos mesmos com vista a seleccionar de forma criteriosa os dados verdadeiramente relevantes para o estudo.

Posteriormente à realização das entrevistas, foi iniciado o processo de análise dos dados recolhidos mediante a utilização do Método Fenomenológico de Investigação em Psicologia, segundo os autores Amadeo Giorgi e Daniel Sousa (2010). Este método pressupõe a aplicação da redução fenomenológica, pesquisando a essência do fenómeno, através de uma análise eidética Giorgi e Sousa (2010). Numa primeira instância, após a colheita dos dados com recurso à entrevista semi-estruturada foi realizada uma transcrição na íntegra das descrições realizadas pelos participantes.

O Método Fenomenológico de Investigação em Psicologia sugerido por Giorgi e Sousa (2010) divide-se em quatro etapas: 1- Estabelecimento do sentido do todo; 2- Determinação das partes: divisão das unidades de significado; 3- Transformação das unidades de significado em expressões de carácter psicológico e 4- Determinação da estrutura geral dos significados psicológicos.

No estabelecimento do sentido do todo, o investigador deve fazer uma leitura dos dados antes de proceder à análise dos mesmos, com o intuito de perceber o sentido geral das experiências vivenciadas por cada participante de forma a conseguir destacar o que é mais relevante para a análise. Em suma, a finalidade desta etapa é captar o sentido geral da transcrição. Nesta etapa, após a transcrição na íntegra de cada entrevista audiogravada, procedi à sua leitura na totalidade tentando compreender de que forma os EEER compreendiam o fenómeno dos cuidados de reabilitação à pessoa com disfagia pós AVC, analisando o modo como avaliam o utente, como planeavam a sua intervenção e as dificuldades e sentimentos que expressavam.

Na determinação das partes: divisão das unidades de significado, o investigador retoma a leitura da entrevista com o intuito de dividi-la em partes, que os autores designam por unidades de significado. As unidades de significado surgem com um intuito prático de facilitar uma análise mais aprofundada. A divisão em unidades de significado é realizada ao longo da entrevista e cabe ao investigador determiná-las. A redução fenomenológica a que o investigador está sujeito permite, segundo os autores, evitar o enviesamento do senso comum de que as coisas são tal como são experienciadas por nós, o que a nível metodológico permite uma maior exigência do rigor científico. Após a leitura de cada entrevista, enquanto investigadora apercebi-me da existência de várias unidades de significado, ou seja, cada EEER destacava determinados itens que considerava relevantes no cuidado à pessoa com disfagia por AVC e desenvolvia-os ao longo da entrevista. Assim, as unidades de significado que emergiram da análise efetuada foram: a 'avaliação inicial', as 'técnicas utilizadas', 'a continuidade dos cuidados', 'o ensino', a 'qualidade dos cuidados' e as 'dificuldades/limitações'. Estas unidades de significado foram comuns aos cinco participantes, sendo que a unidade de significado do 'ensino' para alguns participantes apresentou subcategorias, nomeadamente, ao nível do ensino ao grupo de pares, à família e à pessoa.

Relativamente à etapa da 'transformação das unidades de significado em expressões de carácter psicológico' é nesta etapa que os significados apreendidos pelo investigador são transformados de uma linguagem de senso comum numa linguagem de cariz científico. Ao nível desta categoria no estudo desenvolvido embora os EEER recorram a uma linguagem de cariz científico, por vezes durante as entrevistas audiogravadas ocorreu o uso de uma linguagem corrente sem recursos aos termos técnicos. Tal ocorreu devido à interação entre investigador e participante durante a realização da entrevista o que conduziu a que a mesma se desenvolvesse de uma forma mais informal. Deste modo, com vista a ir ao encontro da etapa definida por Giorgi e Sousa (2010) através da obtenção do significado das experiências retirado dos trechos das entrevistas procedi à transformação dos mesmos numa linguagem científica e rigorosa.

Na determinação da estrutura geral dos significados psicológicos, o investigador de forma sintética integra as revelações que surgiram ao longo da

entrevista e que deram origem às várias unidades de significado. No final deste processo contínuo da análise de cada entrevista, foi realizado um resumo da mesma onde descrevi de forma sucinta o modo como cada EEER relatava a sua experiência de cuidados de reabilitação, explicitando as várias unidades de significado e os seus constituintes.

Posteriormente à aplicação deste método a cada entrevista realizada foi efetuada uma leitura na íntegra da análise das várias entrevistas, com o intuito de relacionar os dados obtidos com o quadro conceptual utilizado de forma a obter um conhecimento abrangente sobre a temática em estudo ou o surgimento de novos achados. Como forma de facilitar a organização e leitura dos achados obtidos foi elaborada uma grelha de análise, onde foram colocadas as várias unidades de significado e os fenómenos referidos por cada EEER participante no estudo (Apêndice IV).

## **2.4 Questões éticas**

Tal como é referido pela Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO) (2005) toda a investigação que envolva seres humanos deve respeitar um conjunto de princípios éticos pela necessidade de salvaguardar a sua dignidade e integridade, como participantes do estudo. Ou seja, todos os princípios éticos aplicam-se ao longo do desenrolar do estudo e devem zelar pelo respeito pela dignidade humana.

Fortin (2009) ressalva que qualquer que seja o tipo de estudo investigativo e os aspetos estudados, toda a investigação deve reger-se pelos princípios éticos e deve ser conduzida no respeito pelos direitos das pessoas, sendo neste caso dos EEER.

Ao longo desta investigação e tal como é referido por Streubert e Carpenter (2013) atendeu-se aos princípios éticos referentes ao consentimento livre e esclarecido (Apêndice V), respeito pela confidencialidade, autonomia e vontade dos participantes; respeito pela dignidade humana bem como pelos princípios éticos que regem a profissão de enfermagem.

Como forma de dar resposta às questões éticas que se impõem num estudo de teor investigativo, numa primeira fase realizei um contato informal com os EEER que

acederam a participar neste estudo, explicando-lhes no que consistia este meu projeto. Após resposta positiva por parte de todos os participantes foi-lhes fornecida uma folha de consentimento informado bem como uma declaração de participação no estudo (Apêndice V), onde constam os meus dados, o tema e objetivos do estudo bem como os princípios éticos que serão garantidos no mesmo e a garantia de os participantes poderem declinar a sua participação neste estudo a qualquer momento, sem qualquer tipo de dano para o próprio. Ao longo da análise dos dados salvaguardo a confidencialidade dos mesmos, não fazendo alusão ao longo do estudo a nomes, quer dos participantes quer dos locais onde exercem funções, de forma a manter a sua privacidade.

Para que este campo fosse salvaguardado ao longo do projeto recorri a documentos como o Código Deontológico de Enfermagem (2005), Declaração de Helsínquia (2004), Código de Nuremberga (1978), Carta dos Direitos Humanos (1948) uma vez que fazem alusão aos princípios éticos que estão inerentes a um estudo investigativo.

## **2.5 Limitações do estudo**

Giorgi e Sousa (2010) referem na sua obra que independentemente do modo como o investigador determina a metodologia do seu estudo existe sempre uma análise parcial dos factos em estudo, sabendo que tanto se pode recolher benefícios como surgirem limitações inerentes à opção assumida, uma vez que nenhuma metodologia é perfeita.

Para os autores acima referidos, um dos aspetos que pode ser considerado como limitação é a existência de pequenos erros por parte do participante ao longo da descrição que realiza, isto ocorre essencialmente porque o participante recorre à memória para ter perceção da situação original. Outra das limitações deste tipo de estudos relaciona-se com o fato da Fenomenologia ser uma metodologia qualitativa que vai acumulando saber e conhecimentos sobre o objeto em estudo, o que faz com que o investigador permaneça em constante pesquisa científica e em permanente atualização do quadro conceptual. É também referida como limitação o

fato dos participantes terem de ter vivido situações diretamente relacionadas com o tema da investigação.

Das limitações com que me deparei no decorrer deste processo destaco a nível pessoal a questão temporal, nomeadamente, a dificuldade de gestão do tempo face aos prazos de entrega de documentos. Ao nível do corpo do trabalho refiro a dificuldade na seleção da amostra, por uma questão de gestão de tempo optei por incluir somente EEER da região do Algarve o que fez com que fosse difícil selecionar a amostra uma vez que existem poucos EEER nesta região a desempenhar funções na área da reabilitação e com domínio na temática em estudo.

Numa fase inicial, outra limitação com que me deparei foi na busca de contributo teórico na área da ER sobre o tema desenvolvido. A maioria dos contributos pesquisados eram na área da Terapia da Fala e da Fisioterapia. Contudo, encarei esta limitação como sendo algo motivador para o meu percurso pois considerei por isso pertinente o desenvolvimento desta investigação numa área tão pouco abordada pela ER, o que poderia suscitar novas questões de investigação e ser propulsor do desenvolvimento de novos conhecimentos científicos. Ressalvo, que com o decorrer da investigação e à medida que ia reformulando o quadro conceptual era notório o surgimento de novos trabalhos sobre esta temática na área da ER, o que foi uma mais valia para o aumento de conhecimentos e para o desenvolvimento da capacidade de reflexão.

Atendendo à metodologia seguida, existem limitações que considero pertinente referir, nomeadamente a questão da subjetividade do investigador e a possibilidade de enviesamento da seleção da informação (Fortin, 2009). Denoto que o fato de ser iniciada na área da investigação e, como tal, apresentar várias lacunas ao nível da estratificação do pensamento reflexivo e de análise fez com que numa fase inicial fosse uma dificuldade a análise dos fenómenos de forma isenta da minha experiência. Outro aspeto que considero limitador desta investigação é o fato do estudo focar-se nos cuidados prestados pelo EEER e não estarem incluídos no estudo os utentes a quem foram prestados esses cuidados. Tal limitação esteve diretamente relacionada com a questão de gestão do tempo.

## 2.6 Critérios de validação e rigor do estudo

Fortin (2009) defende como critérios de rigor estabelecidos para a investigação científica de cariz qualitativo a credibilidade, transferibilidade, confirmabilidade e dependência. Tais critérios também são referidos por Giorgi e Sousa (2010).

O item da credibilidade corresponde à realidade que é conhecida ou sentida pelos participantes com base nos achados que revelem uma prática baseada na evidência. Neste trabalho este item é atingido através da repetição de informação obtida e pela aplicação rigorosa do método fenomenológico, isto é, com base na construção do quadro conceptual, elaborado com recurso à evidência científica e a dados recentes, tentou-se ir ao encontro dos achados obtidos no decorrer do estudo como forma de sustentar o estudo.

No campo da investigação qualitativa a transferibilidade diz respeito à possibilidade de através da literatura os dados obtidos poderem ser transferidos de um contexto para outro. Para que este item fosse respeitado foi necessária a realização de constante atualização do quadro conceptual bem como a estratificação de todas as etapas deste estudo. Ao cumprir meticulosamente a análise com base no método definido por Giorgi e Sousa (2010) permitiu a compreensão do fenómeno dos cuidados de ER à pessoa com disfagia por AVC, apreendendo e evidenciando a significância do mesmo para os participantes. Tal aspeto conduziu a uma constante reformulação do quadro conceptual como forma de validar os achados obtidos com recurso à literatura baseada na evidência científica.

A confirmabilidade está relacionada com a objetividade e pretende garantir que o investigador tenta estudar de forma objetiva a informação subjetiva colhida dos participantes. Para assegurar o cumprimento deste item enquanto investigadora cumpri todas as etapas de colheita, análise e interpretação de dados preconizadas pelo método de Giorgi e Sousa (2010) referidas anteriormente no subcapítulo referente à análise dos dados.

O item da dependência está intrinsecamente relacionado com a fidedignidade do estudo. De forma a assegurar o cumprimento deste fator tentei ao longo deste capítulo expor a metodologia utilizada de uma forma clara e perceptível, através da explicitação do método qualitativo e da abordagem fenomenológica, bem como, do

modelo de análise proposto por Giorgi e Sousa (2010), do cumprimento pelos princípios éticos que regem o processo de investigação e das limitações do estudo.



### **3. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS**

Consta deste capítulo a apresentação dos achados obtidos através da realização de entrevistas aos participantes do estudo, a sua respetiva análise e discussão à luz dos pressupostos defendidos pela fenomenologia e conduta de Giorgi e Sousa (2010) referidos no capítulo anterior.

Numa primeira instância será efetuada a caracterização dos participantes e efetuada uma análise com base nos níveis de desempenho desenvolvidos por Benner (2005), posteriormente irá ser apresentada a análise e discussão dos achados por unidade de significado.

#### **3.1 Caracterização dos Participantes**

A elaboração deste estudo contou com a participação de cinco EEER a exercer funções em contexto hospitalar em Hospitais da região do Algarve. Quatro dos participantes exercem funções em serviços de internamento de medicina e um participante exerce funções numa unidade de AVC. Como forma de respeitar o princípio da confidencialidade dos participantes foi atribuído o código de E1, E2, E3, E4 e E5 de acordo com a ordem sequencial pela qual foram realizadas as entrevistas.

Atendendo aos níveis de desempenho desenvolvidos por Benner (2005) pode designar-se os participantes E1 e E2 como peritos uma vez que ambos desempenham funções como EEER há mais de cinco anos e denotam competências e um vasto conhecimento sobre esta temática, sendo capazes de encarar as diversas situações de forma intuitiva, focando-se no que é essencial para a resolução dos problemas e, tendo a capacidade de recorrer a instrumentos analíticos sempre que surgem dúvidas. O participante E3 pode ser definido como proficiente uma vez que se apercebe das situações na sua globalidade e a sua ação é direcionada por “máximas” utilizando vários itens de várias escalas de acordo com a especificidade da situação. Ao participante E4 pode atribuir-se a designação de competente, E4 exerce funções no mesmo serviço há dois anos e embora já detenha conhecimentos que lhe permitem planear e intervir de uma forma

consciente e estabelecendo prioridades, não apresenta experiência suficiente para conseguir reconhecer uma situação no seu todo. Por fim, segundo a autora, o participante E5 é considerado iniciado avançado. Porque não se rege por normas sendo capaz de fazer uso de dois instrumentos de avaliação para construção de um raciocínio analítico e identificação de fatores significativos das experiências anteriores e que possam ser utilizados nas experiências atuais, contudo ainda apresenta dificuldade na atribuição de prioridades.

O uso do modelo nos níveis de competência desenvolvido por Benner (2005) é de extrema importância para a análise dos cuidados de ER vivenciados e descritos pelos EEER participantes no estudo, na medida em que os achados obtidos podem ter contributos disparos, estando estes relacionados com o nível de competências de cada participante.

### **3.2 Unidades de Significado**

Como forma de facilitar a análise dos dados, foi elaborado um documento de registo, do qual constam as unidades de significado extraídas das entrevistas realizadas, as unidades de significado transformadas e a estrutura geral dos significados, podendo o mesmo ser consultado (Apêndice IV).

Na transcrição das entrevistas foram utilizados símbolos como forma de identificar pausa/silêncio, interrupção e declarações que não digam respeito à unidade temática.

De acordo com o método de Giorgi e Sousa (2010) da interpretação dos achados obtidos neste estudo emergem seis unidades de significado comuns às cinco entrevistas, nomeadamente: a 'avaliação inicial', as 'técnicas utilizadas', 'a continuidade dos cuidados', 'o ensino', a 'qualidade dos cuidados' e as 'dificuldades/limitações'. De referir que para alguns participantes a unidade de significado 'ensino' apresentou subcategorias, no que concerne ao ensino ao grupo de pares, à família e à pessoa.

Ao longo da discussão dos dados obtidos será realizada uma comparação entre os significados atribuídos pelos participantes e o quadro conceptual que serve

de fundamento a este estudo, como forma de melhorar a compreensão e fundamentação do fenómeno em estudo.

### **3.2.1 Avaliação Inicial**

A avaliação inicial do utente assume-se como fulcral para o conhecimento da pessoa como um todo, como forma de perceber o seu estado geral, o seu estado de saúde atual e o seu passado. A avaliação clínica não invasiva prevê a anamnese e exame físico, avaliação anatômica, funcional, sensibilidade e reflexos dirigidos à deglutição, com aplicação de teste de ingestão oral (Maccarini et al, 2007). Seguindo a proposta dos autores a idade do cliente, o estado geral de saúde, o diagnóstico neurológico, as características da respiração, o estado de consciência e condições neuro psicológicas, a capacidade de comunicação, os hábitos alimentares, a qualidade de articulação do discurso, a presença de hipersalivação, a duração da refeição e a condição social, são elementos a serem pesquisados pelo avaliador.

Tais aspetos são evidenciados nos achados obtidos nas cinco entrevistas:

E1- “ numa primeira fase tem que haver necessariamente uma avaliação neurológica (...) pelo menos as *guidelines* que nos dizem, é que o doente não deverá ter uma escala de Glasgow inferior a 13, tem que ser superior, para portanto um doente desperto, um doente colaborante que me permite, portanto, aferir se existe realmente uma disfagia ou não”

E2- “a gente avalia é a qualidade do discurso, o discurso pode ser a afasia, pode ser global, de expressão, de compreensão, independente da zona lesada, se é de Broca ou de Wernicke normalmente, depois temos as disartrias, se é ligeira, se é moderada, se é severa, e se não houver alterações nenhuma do discurso”

E3- “doente com AVC, depois de fazer avaliação neurológica, e sigo, aí sim, o teste NISS - National Institute Stroke Scale - e a partir daí tenho um ponto de partida, e vejo logo através da mímica da face, dos músculos orofaciais da parte da disartria”

E4- “observo a pessoa, tenho em conta o factor idade, (...) portanto a nossa sensibilidade, a nossa função muscular vai perdendo capacidades e os músculos inerentes à parte da alimentação, da mastigação (...) O diagnóstico neste caso o AVC, que tipo de AVC, o estado geral da pessoa, se a pessoa já apresenta sinais, de por exemplo, emagrecimento ou se emagreceu nos últimos tempos, antecedentes portanto a esta situação de doença, as características da respiração, é importantíssimo,

portanto as características da respiração, se a pessoa está polipneica ou não, porque muitas vezes não conseguem realizar, portanto a sincronia ou o equilíbrio entre a parte da deglutição e da respiração, portanto existe um risco acrescido aí de a pessoa aspirar. Se existe ou não a presença de secreções”

E5- “começa com avaliação do estado de consciência do doente depois a avaliação da mobilidade da boca, da língua, bochechas, lábios, depois começa-se com a avaliação da deglutição da saliva, deglutição de, tem três tipos de consistências, com espessante cria-se três tipos de consistência, começa-se a avaliar do mais espesso até ao mais líquido”

Dawodu (2008) defende que o passo seguinte da avaliação não-invasiva diz respeito à avaliação estrutural e engloba os lábios (abertura, encerramento, insuflação, beijo), a língua (mobilidade, protusão, retração), a mandíbula, o palato, a laringe (morfologia e movimentos das cordas vocais, encerramento da glote, elevação da laringe) e o controlo muscular cefálico. Ao nível da sensibilidade, Maccarini et al (2007) explicitam que deve ser testada na região peri-bucal (superficial e profunda), nos lábios, boca, língua e palato (superficial, profunda e térmica) e avaliam-se os reflexos, entre os quais o de vômito, tosse, capacidade de morder, sucção, deglutição e características da voz após a ingestão de alguma água (voz seca, húmida ou gorgolejante).

E1 – “os pares cranianos são 6 (...) desde o trigémeo que faço com o teste, ou com o dedo ou com algodão ou com uma compressa, ... faço avaliação motora do sorriso, da sensibilidade se ele sente, depois faço avaliação do par facial, que me permite perceber a sensibilidade, a degustação e mesmo a mobilidade para a apreensão alimentar, mesmo o apertar a colher ou a espátula, uso muito a espátula aqui, é um dos primeiros, o primeiro material que eu utilizo, depois avalio a parte do nervo vago que é o reflexo de vômito, normalmente eles tem reflexo de vômito íntegro, e depois também o glossofaríngeo e a parte do hipoglosso, que é a parte motora da língua, sensitiva, parte posterior que utilizo a protusão da língua, o facto de deitar a língua cá para fora, de ver o desvio da língua, o palato, a forma do palato”

E2 – “a pessoa a 90º tem que ter o equilíbrio do tronco, caso não tenha, nós temos que arranjar estratégias para realmente, porque é fundamental que a pessoa quando faça o teste da deglutição esteja bem sentada”

E2 – “é a mobilidade da mandíbula, (...) pedimos abertura e encerramento da boca, onde nós vamos ver se está mantida, se está ligeiramente alterada ou então está severamente perturbada, (...) desvio da comissura labial, eu peço para ela sorrir e vejo se ela tem uma paresia facial, normalmente o que a gente tem é a parésia facial do tipo central, uma hemiface ou da outra. Sendo que, quando vamos avaliar o desvio da comissura labial estamos a falar do lado são, que é o lado que funciona, porque a paresia, né, não funciona, então quando estamos avaliar o desvio de comissura pode ser ausente, não há desvio ou então há um desvio para a direita, quer dizer, que a paresia está à esquerda, se há um desvio para a esquerda quer dizer que a paresia está à direita. Depois nas funções motoras temos a mobilidade labial, ou seja, a gente pega numa espátula e só com os lábios pedimos para a pessoa segurar a espátula, a gente a seguir larga a espátula, a ver se ela, se a espátula fica direitinha, inclusive nós a seguir tentamos puxar a espátula e pedimos à pessoa para apreender bem (...) é preciso que ela tenha apreensão labial, que também pode ser mantida, ligeiramente alterada, severamente perturbada. Depois temos a mobilidade da língua, tanto externa como internamente, porque uma das estratégias que nós usamos, caso a pessoa acumule comida no vestíbulo é a pessoa ir lá com a língua e vasculhar a comida que se acumula no vestíbulo, umas das estratégias que depois a gente ensina às pessoas que acumulam o alimento no vestíbulo. Depois a capacidade de insuflação das bochechas, a gente pede a elas para assoprar um balão, mas como não deixasse perder o ar, normalmente quando uma pessoa tem uma parésia já bastante grande, acentuada ela ao tentar assoprar abre um escape de ar por ali, pela zona da parésia, e então aí vimos que é uma flacidez a nível muscular e pode inclusivamente ter perda de alimento por esse lado”

E3 – “ponto de partida, e vejo logo através da mímica da face, dos músculos orofaciais da parte da disartria, vejo logo se há alguma componente mecânica ou motora, e sensitiva envolvidas, após isso, faço o teste de sensibilidade, mesmo com uma luva e depois de fazer o teste de sensibilidade, ver quais as limitações a nível motor”

E4 – “a parte dos lábios, consegue fazer fechamento ou não, muitas vezes consegue mandar um beijo ou não, não é. A parte da língua, portanto a função da língua, se tem mobilidade da língua ou não, e com isto estamos à avaliar os pares cranianos, como já se apercebeu, a mandíbula se consegue ter uma boa mobilidade da mandíbula, se tem alguma alteração do palato”

Como forma de complementar a avaliação inicial os EEER recorrem ao uso de instrumentos de avaliação, nomeadamente o uso de escalas, como suporte de apoio à tomada de decisão. Estas permitem avaliar a capacidade de deglutição da pessoa e ajustar as consistências alimentares às necessidades da pessoa. Tal aspeto também foi referido pelos participantes:

E1- “eu utilizo a GUSS, (...) mas isto é como um instrumento orientador (...) havendo este protocolo no serviço assim como existem outros, vai nos obrigar avaliar o utente e ao avaliar vai-me permitir identificar e levantar intervenções. E por ai já tenho grandes vantagens.”

E2- “utilizamos para avaliar a pessoa, usamos os dois o mesmo instrumento, com base, é um instrumento que tem a escala de MASA, uma escala que estava uniformizada para a população inglesa e a nível mundial, só que ainda está a ser traduzido para português (...) existe uma escala sim, mas há sempre o nosso senso também e o nosso olho clínico a trabalhar”

E3- “sigo bastante a escala de GUSS porque basicamente vai-me ser mais fácil depois transmitir a questão para os colegas de cuidados gerais, porque simplifica de alguma forma, mas mesmo a nível das consistências, não é, da alimentação”

E5 – “quando é avaliado, eu utilizo o módulo da escala MASA, foi a que mais utilizei na unidade de AVC's quando fiz o estágio ou então da escala de GUSS foi o que aprendi na escola”

A unidade de significado, avaliação inicial, surge como um item ao qual é dado grande enfoque por parte dos participantes do estudo. Esta assume-se como o primeiro contato com a pessoa e o primeiro passo para a elaboração de um plano de cuidados centrado na mesma e nas suas necessidades. É notório nos achados obtidos o rigor com que os participantes efetuam a avaliação, sendo que a mesma é realizada de forma global e detalhada. O uso de escalas é utilizado como um recurso não só para melhorar e completar a avaliação já realizada, mas também como forma de perspetivar a continuidade dos cuidados, de planear e avaliar as intervenções de ER delineadas para a pessoa. Dos achados obtidos destaca-se o uso da escala GUSS e da escala MASA.

Atendendo aos níveis de competências desenvolvido por Benner (2005) pode aferir-se que os participantes do estudo apresentam níveis distintos de competência, uma vez que os cuidados de ER descritos pelos participantes distam em função dos seus níveis. Tendo por base os pressupostos da autora, os participantes E1 e E2 demonstram ser peritos uma vez que denotam um profundo conhecimento e experiência da problemática em estudo fazendo uso da sua intuição e experiências anteriores para avaliar e delinear um plano de cuidados centrado na pessoa. É exemplo disso o trecho da entrevista onde o participante E2 refere que “há sempre o nosso senso também e o nosso olho clínico a trabalhar”. Por sua vez o participante

E5 denota enquadrar-se na definição da autora de iniciado avançado pois embora a sua ação não seja regida por normas, sendo capaz de ir buscar contributos a duas escalas, a descrição dos cuidados que presta é ainda muito esquematizada e apresenta dificuldade na priorização dos mesmos.

### **3.2.2 Técnicas Utilizadas**

Após a avaliação inicial o EEER concebe um plano de intervenção centrado na pessoa com vista à promoção da satisfação do auto-cuidado da alimentação, fazendo recurso das diversas técnicas promotoras de uma deglutição segura, devendo as mesmas ser adequadas às capacidades da pessoa.

O principal foco das manobras promotoras da deglutição é permitir uma deglutição eficaz e segura, diminuindo os riscos de aspiração. Segundo Soares (2014) e Hoeman (2011) as principais técnicas consistem na realização de higiene oral, na alteração da consistência alimentar, nas manobras posturais, na estimulação sensório-motora, manobras facilitadoras da deglutição, estimulação térmica e tátil e massagem. A World Gastroenterology Organisation (WGO) (2014) refere que as técnicas de reabilitação da deglutição devem incluir medidas de correção postural, exercícios de fortalecimento, alteração da consistência alimentar através do uso de espessante e do ácido cítrico, com o intuito de estimular o reflexo de deglutição por estimulação gustativa.

O uso das técnicas promotoras da deglutição é transversal nos cuidados de ER descritos pelos cinco participantes do estudo, tal como é evidenciado nos seguintes fragmentos das entrevistas:

E1 – “estimulação tátil e térmica, o posicionamento da cabeça que normalmente nesta fase aguda não temos muitas mais outras intervenções ligadas à disfagia, aquelas técnicas e manobras mais complicadas que precisam da colaboração do utente e ele não me dá essa colaboração, vou começar pela inclinação da cabeça, o desvio da cabeça e pela parte da alteração da consistência alimentar (...) às vezes a higiene oral que é muito descuidada num doente com sonda nasogástrica é primordial para que ele coma num futuro, manter o sabor, manter os reflexos, manter o prazer”

E2 – “ir com a língua e fazer o vasculhamento dessa coisa, dessa zona ou então aumentar o número de deglutições, se aumentar o número de deglutições consegue digerir melhor como o número de quantidade de alimento que a gente mete dentro da boca (...) usa nove exercícios faciais, cinco para o andar inferior e quatro para o andar superior, isto dividindo a cara, uma linha média que passa no olho, entre o nariz e os olhos, em que pedimos à pessoa para mandar beijos ou então assobiar, pedimos à pessoa para insuflar as bochechas, isto são as quatro do andar inferior, insuflar as bochechas, e depois o sorrir sem mostrar os dentes e depois queremos que ela mostre os dentes, isto faz uma mímica grande e conseguimos mexer grande parte dos músculos no andar inferior, no andar superior são os outros cinco, a pessoa vai fechar abruptamente os olhos, fechar mesmo com força, vai abrir os olhos bastante, vai franzir a testa, a gente usa uma estratégia, caso, é elucidativo para as pessoas, caso lhe cheire mal o que é que você faz, então franze a testa, está a perceber, depois temos o piscar o olho porque temos muitas ptoses palpebrais também, e unir as sobrancelhas que é fazer tipo cara de mau, é unir as sobrancelhas, de uma maneira geral são os nove exercícios que a gente faz à pessoa, é uma folha A4 com as faces.”

E3 – “faço a estimulação sensorial com a pessoa quente, frio... faço a estimulação sensorial primeiro quente, frio, exercícios orofaciais de mobilidade da língua, mesmo a nível da elevação da glote associando à produção de sons de maneira a conseguir perceber se há algum resíduo a nível da laringe, não é, e a partir daí iniciar com a estimulação sensorial, depois a estimulação, a estimulação com exercícios motores sem alimento apenas tátil ou digital, percebendo se a pessoa consegue empurrar, se a pessoa não consegue empurrar, se a pessoa consegue fazer alguma pressão contra o palato, se a pessoa tem mobilidade a nível de toda a língua, basicamente trabalhar a língua no geral e depois de uma forma muito particular nos movimentos da deglutição, perspetivando as fases da deglutição a partir daí faço um pequeno teste com o líquido, o líquido não dá, e vou solidificando a consistência, até conseguir uma consistência de conforto para a pessoa em que ela consiga coordenar a respiração com a fase da deglutição de maneira a conseguir encerrar a glote e não haver nenhum escorrimento”

E4 – “aquilo que eu faço, por exemplo, a manobra de Shaker, de, existem várias, por exemplo da flexão da cabeça, da extensão, consoante o tipo de, só que são doentes que muitas vezes não estão colaborantes, portanto, existem outro tipo de coisas que nós temos que adaptar, por exemplo, os exercícios com os lábios, mandar beijinhos, por exemplo, fazer um sorriso, eu tenho por exemplo espátulas, as espátulas que nós utilizamos que são feitas aqui pelos assistentes operacionais, portanto, tenho com limão e coloco no congelador e então eu tenho uma estimulação sensitiva”

E5 – “a mais comum é o tocar com o queixo no tórax ... subir a parte do palato mole para a pessoa conseguir fazer uma maior elevação da língua, das partes moles e ajudar à deglutição”

Na presente unidade de significado os participantes explicitam o tipo de técnicas que utilizam para promover uma deglutição segura do utente disfágico, sendo que também dão bastante ênfase à mesma.

Nesta unidade de significado os entrevistados focam a importância de adequar as técnicas de acordo com o compromisso neurológico, o estado de consciência e de participação do utente uma vez que existem técnicas nas quais é necessário a colaboração do utente necessitando por isso de estar alerta e apresentar capacidades cognitivas que lhe permitam compreender as indicações transmitidas bem como aplicá-las.

O participante E1 é o único que faz referência à importância da realização de uma correta higiene oral antes e após o treino de deglutição e frisa que a mesma não deve ser descurada quando o utente se encontra entubado com sonda nasogástrica pois é uma forma da pessoa manter o sabor, os reflexos e de manter o prazer no ato de deglutir.

O participante E3 é o único que menciona a aplicação de técnicas de reeducação funcional respiratória baseando a sua ação no preconizado por Braga (2017) que defende que devem ser implementadas técnicas de melhoria da ventilação, do padrão respiratório e da mecânica ventilatória com vista a assegurar a permeabilidade das vias aéreas e fortalecimento da musculatura respiratória. Outro item importante no treino da cinesioterapia respiratória consiste no ensino da tosse e tosse dirigida uma vez que permitem otimizar a proteção da via aérea, reduzindo o risco de aspiração.

A aplicação de técnicas posturais, da alteração da consistência alimentar, de estimulação térmica e táctil e de manobras facilitadoras da deglutição é comum aos achados obtidos nas cinco entrevistas (Apêndice IV).

### 3.2.3 Ensino

Da análise das entrevistas realizadas o ensino surge como uma unidade de significado presente nas cinco entrevistas e na qual os participantes destacam a realização de ensinamentos à pessoa com disfagia pós-AVC e à família/cuidadores.

Como refere Hesbeen (2003) o trabalho do EEER abrange o âmbito da informação, orientação e a capacitação dos utentes e familiares no processo de doença, na reabilitação, na readaptação e na reinserção familiar, social e laboral. Desta forma, o EEER assume um papel crucial no processo de reabilitação da pessoa, enquanto ser holístico, e da família ao longo do processo de transição e de adaptação à sua nova condição. Assim, o EEER deve avaliar o utente com disfagia de uma forma global e perspetivando um plano de cuidados com intervenções centradas na pessoa tendo em conta as suas necessidades, dando primazia à realização de ensinamentos e à inclusão da família ao longo do processo de reabilitação

Atendendo aos conhecimentos de Benner (2005) importa referir que o EEER deve aliar os conhecimentos teóricos e técnicos, sustentados na evidência científica, à sua experiência com o intuito de prestar cuidados de excelência e de promover a reabilitação e reintegração do utente e família na sociedade.

Tais aspetos são abordados pelos entrevistados na sua prestação de cuidados:

E1 – “nesta primeira fase, é uma fase mais de dar conhecimento à família, informar o porque de ele estar assim (...) nós temos obrigação de encontrar respostas ou alternativas para aquele utente viver com aquela incapacidade mas adaptado, portanto será essa a nossa função aqui numa fase aguda, identificar também para depois reencaminhar para outros profissionais quando numa fase aguda nós não conseguimos (...) É ouvir a família, é ouvir o utente (...) projeto que já está em curso que é o grupo de apoio à família,(...) fazemos mensalmente, inclui enfermeiros de reabilitação, enfermeiros de cuidados gerais, assistente social e o fisioterapeuta, nós fazemos dois dias de formação, dois dias mas duas horas no primeiro dia, mais hora e meia no segundo dia, nós fazemos estes ensinamentos de uma forma geral e abrangente, e depois de uma forma particular fazemos com os utentes”

E2 – “A gente quando faz um treino e instruímos não vamos falar de, por exemplo, de hábitos tabágicos que a pessoa não os tem, pronto, somos incisivos naquilo que, que é para otimizar o tempo que a gente temos com a pessoa.”

E3 – “o destino for o domicilio são feitos todos ensinamentos que, se uma pessoa estivesse consciente, orientada e colaborante, são feitos todos os ensinamentos a essa pessoa. Depois ensinamentos e treinos da atividade alimentar, depois estratégias a adotar no sentido de prevenir reações ou eventos adversos durante todo o processo, se acontecerem, estratégias que permitam minimizar os danos provocados por uma potencial aspiração. Finalmente, sinais e sintomas de aspiração e que no fundo sejam alvo de uma vinda à urgência (...) Se for o cuidador, dotar o cuidador de todo este conhecimento e validar com ele exatamente esta, sempre disponibilizando o contacto aqui do serviço caso haja alguma dúvida

E4 – “fiz o ensino à família sobre o correto posicionamento, os sinais de alerta, sobre a utilização de espessante (...) Pronto, e as famílias então aí, e eu tenho também um papel interventivo junto com as famílias para explicar”

E5 – “porque os défices do doente, não é só para o doente, mas também para o familiar, para toda a família, afeta toda a estrutura, o enfermeiro especialista consegue, não só ajudar o próprio doente mas também a família a viver com toda a situação, a explicar o porquê dos défices, que não vão desaparecer já, ajuda um bocadinho no processo de se ambientarem à nova realidade, de uma maneira diferente, porque lá está, também vêem o doente de uma maneira diferente, e ensinamentos são fundamentais, não é”

De uma forma geral os entrevistados do estudo referem a importância da inclusão da família desde o início do processo de reabilitação, como forma de conhecer melhor o utente e de acompanhar e capacitar a família para cuidar do seu familiar de acordo com as suas necessidades atuais. Todos os participantes vão ao encontro do preconizado nas competências específicas do EEER ao referir que o mesmo deve instruir e capacitar a pessoa e família.

À luz de Benner (2005), E2 evidencia o seu elevado nível de competências ao referir que os ensinamentos que realiza são incisivos pois focam só os aspetos pertinentes à pessoa/família otimizando assim o tempo e centralizando os seus cuidados.

Também E1 se destaca como tendo competências ao nível do perito na medida em que participa de forma ativa num projeto existente no seu serviço, constituído por uma equipa multidisciplinar, e que visa o planeamento da alta. O participante E1 refere ainda a importância da escuta ativa durante o processo de reabilitação com vista a dar espaço à pessoa e família a colocarem as dúvidas e receios.

Em suma, a família é encarada como a continuidade do utente e os ensinamentos realizados passam por esclarecer dúvidas, gerir expectativas, os principais sinais de alerta e as principais técnicas a aplicar.

### **3.2.4 Continuidade dos cuidados**

Como forma de dar continuidade aos cuidados prestados os EEER participantes no estudo mencionam a importância do uso de escalas, da elaboração de registos de enfermagem e a necessidade de momentos formativos.

O uso de instrumentos de avaliação torna-se crucial para que o EEER defina um plano de intervenção centrado na pessoa, uma vez que permite uma rápida e eficaz colheita de dados. Outra vantagem do uso de instrumentos de avaliação prende-se com a possibilidade do EEER poder realizar um balanço da sua intervenção, dando desse modo visibilidade aos cuidados especializados por si prestados. A escolha do instrumento a utilizar cabe ao profissional que avalia o utente e deve ser adequada às necessidades da pessoa avaliada.

Os seguintes trechos das entrevistas evidenciam a forma como os participantes potenciam a continuidade dos cuidados prestados:

E1 – “os meus colegas são os elos de ligação para comigo no sentido de despistar alguns sinais que eu possa obviamente depois intervir e também colaborar com eles, porque eles depois são aqueles que vão continuar quando me vou embora (...) CIPE/SAPE.. nós levantamos as intervenções primeiro numa fase uma avaliação, há muitas vezes fazemos a execução, depois vamos passar para a instrução, numa fase posterior e depois às vezes a colaboração do utente (...) portanto isto são sinais ao longo dos dias que eu trabalho com os utentes e isto perante as minhas notas que não é um plano de cuidados puro ao qual fui habituada ainda na minha escola, não fazemos isso em papel, mas fazemos isso de uma forma indireta com as notas associadas que são levantadas diariamente”

E2 – “então nós no final do instrumento colocamos, tipo uma versão, mais curta, que a pessoa olha para ali e tem uma ideia generalizada de como está a deglutição daquela pessoa, assinamos, dizemos que tipo de dieta que sai da unidade, a hora e o dia”

E3 – “a articulação com os colegas de cuidados gerais que depois vão continuar o trabalho”

E4 – “está programada, portanto uma formação nesta área e inclusive com a terapeuta da fala porque é uma área realmente que nós achamos que é necessário emitir sinais de alerta, aliás nós estamos também a elaborar tipo um fluxograma, em que as pessoas consigam rapidamente identificar sinais de alerta e que direcionem a sua prestação para diversas áreas”

E5 – “Vamos passando aos colegas, passando o nosso trabalho, também damos alguma visibilidade do que é a nossa especialidade e da importância que é”

Dos instrumentos de avaliação os mais referidos pelos participantes dizem respeito à escala GUSS e escala MASA, uma vez que consideram estes instrumentos como sendo os mais completos e que permitem um conhecimento aumentado da pessoa.

### **3.2.5 Qualidade dos cuidados**

Os intervenientes do estudo são uníssonos ao afirmar que a sua intervenção enquanto EEER traduz-se numa melhoria da qualidade dos cuidados prestados, uma vez que ao prestarem um cuidado diferenciado estão despertos para pormenores que fazem a diferença. Estes referem que o facto de favorecerem o ensino, tanto à pessoa como à família, traduz-se numa diminuição do tempo de internamento e no número de reinternamentos por complicações associadas, o que se traduz numa diminuição dos custos para os serviços. Os participantes referem ainda que tal acarreta benefícios para o cliente não só ao nível do aumento da qualidade de vida mas também ao nível da sua reintegração e interação social. Tais aspetos vão ao encontro do Regulamento das Competências Específicas do EEER (OE, 2010) que preconiza que o EEER intervém na educação dos clientes e pessoas significativas, com o intuito de planear a alta, de perspetivar a continuidade dos cuidados de forma a reintegrar a pessoa na família e na sociedade, proporcionando o direito à dignidade e à qualidade de vida.

São vários os trechos que enriquecem esta unidade de significado:

E1 – Identificando os problemas nós deveremos encontrar uma solução para o problema, minimizar, não digo resolver, não podemos resolver, não é, porque o problema está instalado e nós sabemos que as sequelas por vezes são persistentes, não é, são permanentes, nós temos obrigação

de identificar o problema e depois encontrar uma alternativa para contornar o problema (...) fiz um estudo da minha intervenção nos meus primeiros 6 meses comparativamente com os 6 meses sem a minha intervenção, e o que é que eu descobri, de uma forma.... não foi um estudo exaustivo, foi mostrar que evidentemente o enfermeiro tem aqui algumas, uma mais-valia, não só para ganhos do utente como ganhos a nível económico”

E2 – “embora seja uma escala, mas é muito direcionado para a pessoa que temos à nossa frente, e isto a gente segue realmente mas também há nosso *know-how*, né, e realmente depois é com a experiência que a gente vamos olhando para uma pessoa e já sabe mais ou menos para que lado é que, que tipo de alteração tem ou não tem (...) Usamos sempre o instrumento, instrumento de avaliação usamos todos os turnos, todos os dias (...) são ganhos para a saúde e são ganhos a nível institucional, porque como somos muito incisivos no tipo de alteração da deglutição, não se desperdiçam, nem alimentos, nem dietas desnecessariamente. (...) trabalhar para o otimizar o estado de saúde da pessoa”

E3 – “a minha avaliação enquanto especialista em enfermagem de reabilitação vai ser mais a fundo, senão não faria sentido, vai ser mais a fundo, e provavelmente vou perceber aquele problema anteriormente, algum evento adverso que possa acontecer.”

E4 – “que tenho agora e não tinha antes. Pronto, nós, eu, enquanto enfermeira de reabilitação aquilo que é o meu objetivo realmente é assegurar à pessoa, neste caso incapacitada e à sua família, portanto ações que visem ultrapassar ou suprimir os obstáculos que elas tem, não é, neste caso, a disfagia.”

E5 – “conseguimos de outra maneira devolver alguma independência ao doente e devolver outra qualidade de vida ao doente, ou seja, não tratamos o doente mas também tratamos a sua qualidade de vida, e isso reflete-se bastante depois”

### **3.2.6 Dificuldades**

Foi comum às cinco entrevistas a existência de dificuldades na implementação dos cuidados de ER à pessoa com disfagia pós-AVC. Um dos principais problemas prende-se com o facto do auto-cuidado da alimentação ser difícil de gerir tanto para a pessoa como para a família, uma vez que a alimentação é vista não só como uma necessidade humana básica mas também como um processo de interação e de socialização, bem como um ato de prazer pela degustação dos sabores. Assim,

muitas vezes torna-se difícil o EEER explicar ao utente e família a necessidade do mesmo estar entubado, cabendo-lhe elucidar a importância da entubação nasogástrica como fonte de aporte nutricional e hídrico na prevenção de complicações. Deve ainda reforçar que o treino de deglutição pode ser realizado mesmo com a presença de sonda nasogástrica.

Outro item referido como dificuldade relaciona-se com a escassez de recursos materiais, sendo que os participantes referem que tentam ultrapassar esse obstáculo através da adaptação de materiais e do uso da criatividade. Também a escassez de recursos humanos é apontada uma dificuldade sentida pois referem que nos serviços onde exercem funções o rácio enfermeiro-utente é inferior ao preconizado pela Ordem dos Enfermeiros fazendo com que diminua o tempo para a prestação de cuidados de excelência e com que os profissionais fiquem desmotivados e em *burnout*. Tal é reforçado por Carina, Botas e Mendes (2017) que referem que o *burnout* corresponde a um síndrome de esgotamento relacionado com o trabalho e que caracteriza-se por despersonalização, exaustão emocional e falta de realização pessoal, tendo interferência significativa na saúde do trabalhador, na sua qualidade de vida, bem estar psicológico e desempenho profissional.

Os participantes referem também que uma dificuldade sentida é o facto de as suas intervenções por vezes ficarem condicionadas pelo nível de participação dos utentes no treino de deglutição.

Os participantes E3, E4 e E5 referem ainda que a inexistência de um instrumento de avaliação pré-definido no serviço conduz a algumas limitações na sua ação influenciando a continuidade dos cuidados. Por sua vez, o participante E2 refere a questão da rotina como uma dificuldade na medida em que os enfermeiros da equipa ao encontrarem-se bastante familiarizados com o instrumento de avaliação do serviço pode conduzir a que ocorram falhas na avaliação, frisando por isso a necessidade de formação constante como forma de ultrapassar esta limitação.

Os trechos seguintes exemplificam o explicitado anteriormente:

E1-“ há alguma desmotivação no tempo que corremos, compreendo a equipa porque a fase não é fácil para ninguém (...) o rácio do enfermeiro/utente fica aquém daquilo que era preconizado”

E2 – “as pessoas às vezes aligeiram a forma como fazem a avaliação, a gente faz isto várias vezes ao dia, durante muitos dias e a pessoa depois, por vezes, assume que já consegue fazer avaliação da deglutição sem olhar para o instrumento, e a gente incutimos de que, se calhar aí podemos eventualmente começar aligeirar avaliação da pessoa e descartar processos que embora sejam pequenos, possam interferir na avaliação e a gente estamos ali todos realmente para otimizar o estado de saúde da pessoa.”

E3 – “a alimentação que, mas alimentação enquanto actividade de vida geral, nutrição, hábitos alimentares de auto-cuidado, comer e beber, basicamente, ou seja, aqui nunca é pedido mais nada e neste momento fazer uma avaliação mais além do que isto implica um maior gasto de tempo e as pessoas já não tem tempo sequer, às vezes, para fazer registos menos para fazer uma avaliação pormenorizada daquilo que é capacidade de deglutição da pessoa.”

E4 – “Como eu disse, é uma questão cultural, a pessoa tem que comer para melhorar, qualquer pessoa dá comida, o vizinho do lado, o utente que está na cama ao lado dá comida, vem o familiar dá comida, vem um voluntário dá comida, a própria equipa que não conhece bem a pessoa chega e dá comida,”

E5 – “não há uma escala instituída, que se diga, utiliza-se esta escala”

Em suma, dos achados obtidos neste estudo destacam-se a existência de seis categorias transversais às cinco entrevistas realizadas: a avaliação inicial, as técnicas utilizadas, o ensino, a continuidade dos cuidados, a qualidade dos cuidados e as dificuldades.

No que concerne à ‘avaliação inicial’, os participantes do estudo referem principalmente o uso de dois instrumentos de avaliação, a escala GUSS e a escala MASA, sendo que complementam a mesma com a avaliação dos seguintes itens: estado de consciência, avaliação neurológica a nível sensitivo e motor, avaliação dos pares cranianos envolvidos no processo de deglutição (trigémio, motor, facial, vago, glossofaríngeo e hipoglosso), avaliação da qualidade do discurso, avaliação do equilíbrio sentado, avaliação dos reflexos (vómito, deglutição e tosse voluntária) e despiste dos sinais de disfagia. De ressaltar que embora todos os participantes frisem a importância do uso de um instrumento de avaliação, o participante E1 embora dê primazia ao uso da escala GUSS refere que considera esta escala incompleta pois não inclui um item importante, a avaliação do estado de consciência,

daí o E1 recorrer ao uso de outro instrumento para avaliação desse aspeto, sendo a Escala de Comas de Glasgow o instrumento escolhido.

Na categoria das 'técnicas' os participantes ressaltam adequar as mesmas de acordo com o compromisso neurológico, o estado de consciência e de participação do utente. Dos dados obtidos constata-se que as principais técnicas utilizadas passam pela realização de uma correta higiene oral, estimulação sensitiva e motora através da estimulação térmica e tátil, técnica postural, alteração da consistência alimentar, realização de exercícios orofaciais, reeducação funcional respiratória e motora e aplicação de manobras promotoras da deglutição (respiração supraglótica, respiração super-supraglótica, deglutição forçada, manobra de Mendelson e manobra de Masako).

Relativamente ao 'ensino' os participantes dão bastante ênfase ao ensino ao utente e à família. Referem que este deve ser personalizado e ir ao encontro dos objetivos do utente e do plano de reabilitação traçado em conjunto com o mesmo. Os intervenientes no estudo evidenciam preocupação com a família e referem que a mesma deve ser incluída nos cuidados desde a admissão, sendo que deve ser explicada a situação atual de saúde do seu familiar, quais os principais sinais a vigiar e as técnicas que devem utilizar para prevenir complicações futuras.

Os participantes do estudo perspetivam a 'continuidade dos cuidados' através do uso de instrumentos de avaliação, escalas, da realização de notas de enfermagem e da existência de formação no serviço. Paralelamente a estes itens frisam a importância da comunicação e do trabalho entre equipa multidisciplinar e interdisciplinar como forma de cuidar a pessoa de forma holística e de dar continuidade ao seu processo de reabilitação.

Como principais 'dificuldades' são evidenciadas a escassez de recursos humanos e materiais no serviço, a dificuldade do utente em alterar os hábitos e crenças alimentares e a dificuldade de gerir com a família o auto-cuidado da alimentação, uma vez que o mesmo não é encarado somente como uma necessidade humana básica mas também como um ato de prazer e de socialização.

Dos resultados obtidos pode aferir-se que a correta avaliação e acompanhamento pelo EEER incrementam ganhos em saúde, potenciando a qualidade de vida da pessoa e reduzindo as agudizações, bem como numa redução

dos custos económicos para os serviços através da diminuição de gastos com material, diminuição do tempo de internamento e do número de reinternamentos.

Concluindo, considero que o uso do Método de Giorgi e Sousa (2010) foi facilitador da análise fenomenológica pois permitiu analisar de forma pormenorizada como cada participante experiencia o fenómeno em análise.

Enquanto investigadora considero que a escolha da teórica, Patrícia Benner e do seu modelo da aquisição de competências, baseado na existência de níveis de aquisição e desenvolvimento de competências trouxe contributos à análise dos achados obtidos na medida em que me permite aferir que a experiência é um pilar essencial para a qualidade dos cuidados. Dos participantes do estudo, embora todos demonstrassem vastos conhecimentos teóricos e científicos sobre o tema, denota-se que nem todos tem o mesmo nível de experiência, sendo isso um fator que influencia a qualidade dos cuidados prestados, pois um EEER com mais experiência possui um conhecimento e capacidade adaptativa superior, sendo por isso capaz de fazer uso da sua intuição para associar a situação atual com situações semelhantes vivenciadas no passado e retirar contributos das situações passadas para as situações atuais. Assim, afirmo que o conhecimento de cariz científico aliado à experiência são dois pilares fundamentais da excelência do cuidado indo ao encontro do definido por Benner (2005).

## 4. CONCLUSÃO

A elaboração desta Dissertação de Mestrado constitui-se como um guia de orientação e de suporte na aquisição de competências ao nível do grau de Mestre, na área de Enfermagem de Reabilitação e ao desenvolvimento de conhecimento acerca da problemática em estudo, nomeadamente: “Promover para Reabilitar - do processo de disfagia por Acidente Vascular Cerebral à promoção da alimentação – intervenções do Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação”.

O AVC assume-se como um dos principais problemas neurológicos a nível mundial e em Portugal as taxas de morbilidade e de reinternamento hospitalar apresentam proporções elevadas.

A disfagia, sendo uma das principais sequelas do pós AVC, apresenta elevados índices de morbilidade devido aos riscos associados, tais como: desidratação, desnutrição, complicações pulmonares por aspiração de saliva e/ou alimento e hospitalização prolongada

O seu diagnóstico precoce previne aspirações alimentares por via oral, reduz o tempo de internamento hospitalar, promovendo maior recuperação e eficaz reabilitação da pessoa. Soares (2014) refere que para além das complicações físicas, a disfagia repercute-se na qualidade de vida, no isolamento social, no aumento da mortalidade e no aumento dos custos globais de saúde.

A elevada incidência de disfagia após AVC, referenciada na literatura, ressalva a importância da intervenção do enfermeiro de reabilitação. Segundo o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (2010, p.1) “o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas.”

Dos achados obtidos neste estudo destacam-se a existência de seis categorias transversais às cinco entrevistas realizadas: a avaliação inicial, as técnicas utilizadas, o ensino, a continuidade dos cuidados, a qualidade dos cuidados e as dificuldades. Dos resultados que emergiram do estudo evidencia-se a importância da realização da avaliação inicial atendo à avaliação do estado de consciência, avaliação motora e sensitiva, dos pares cranianos e reflexos envolvidos na

deglutição, sendo a mesma complementada com o uso de instrumentos de avaliação.

Na categoria das técnicas os participantes ressaltam adequar as mesmas de acordo com o compromisso neurológico, o estado de consciência e de participação do utente, sendo as principais técnicas utilizadas baseadas na realização da higiene oral, estimulação sensitiva e motora, técnica postural, alteração da consistência alimentar, realização de exercícios orofaciais, reeducação funcional respiratória e motora e aplicação de manobras promotoras da deglutição.

Os participantes referem ainda a importância do ensino, tanto ao utente como à família e a inclusão da mesma no processo de reabilitação da pessoa desde o início do seu internamento, explicitando que os mesmos devem ser capacitados a identificar os principais sinais a vigiar e as técnicas que devem utilizar para prevenir complicações futuras. Os mesmos referem que devem ser utilizados instrumentos de avaliação como forma de perspetivar a continuidade dos cuidados, sendo que os mesmos devem ser complementados com a realização de notas de enfermagem e a realização de formação.

Como principais dificuldades são evidenciadas a escassez de recursos humanos e materiais nos serviços onde exercem funções, a dificuldade do utente em alterar os hábitos e crenças alimentares e a dificuldade de gerir com a família o auto-cuidado da alimentação, uma vez que o mesmo não é encarado somente como uma necessidade humana básica mas também como um ato de prazer e de socialização.

Dos resultados obtidos pode aferir-se que a correta avaliação e acompanhamento pelo EEER incrementam ganhos em saúde, potenciando a qualidade de vida da pessoa e reduzindo as agudizações, bem como numa redução dos custos económicos para os serviços através da diminuição de gastos com material, diminuição do tempo de internamento e do número de reinternamentos.

Após análise dos achados obtidos neste estudo torna-se evidente a importância da intervenção do EEER no cuidado à pessoa com disfagia com vista à promoção da sua alimentação de forma segura, uma vez que os cinco participantes denotam um conhecimento profundo da temática abordada, sendo capazes de definir um plano de intervenção completo e centrado na pessoa, que visa dar

resposta às necessidades da pessoa com o objetivo de maximizar as suas capacidades. Assim, enquanto investigadora considero que a intervenção do EEER potencia a melhoria dos cuidados prestados e, conseqüentemente, um aumento da qualidade de vida da pessoa cuidada. Tal vai ao encontro do preconizado no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (2010) onde consta como competências específicas o cuidar da pessoa com necessidades especiais, o capacitar a pessoa com deficiência para a reinserção e exercício da cidadania e o maximizar a funcionalidade através do desenvolvimento das capacidades da pessoa.

Desta forma, o EEER ao ser dotado de conhecimentos diferenciados e especializados assume a responsabilização pela intervenção junto da pessoa, na avaliação, no planeamento, na implementação e monitorização do plano de reabilitação, com o intuito de capacitar a pessoa, promovendo a sua funcionalidade, a sua independência e a sua satisfação, tendo em vista a qualidade de vida, a reintegração e a participação na sociedade, tal como é referido no ponto 1 do Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (2010). Assim, o EEER assume um papel fundamental como coordenador de equipa uma vez que é detentor de um conhecimento especializado, apresentando domínio na escolha e aplicação de instrumentos de avaliação que visam permitir a continuidade dos cuidados.

O uso da teoria defendida por Benner (2005) neste estudo foi bastante pertinente para a análise dos cuidados de ER vivenciados e descritos pelos participantes do estudo pois permitiu aferir que as intervenções dos participantes considerados no nível de perito são sugestivas de cuidados mais globais e específicos, podendo-se concluir que a experiência pode ser encarada como promotora da qualidade dos cuidados.

Como principais limitações do estudo destaco a dificuldade de seleção da amostra uma vez que pretendi que a mesma fosse composta só por EEER que exercessem funções na região do Algarve, contudo deparei-me com o obstáculo de existirem poucos EEER a exercer funções nesta zona. Outra dificuldade, sentida inicialmente foi a escassez de bibliografia na área da ER o que levou a que fosse buscar contributos a outras áreas científicas.

Em suma, considero que a execução deste trabalho gerou a produção de conhecimento científico, refletindo a importância da intervenção do EEER na promoção da alimentação da pessoa com disfagia pós-AVC que na minha ótica de investigadora se traduz num aumento da qualidade de vida da pessoa, numa melhoria dos cuidados prestados e na diminuição de custos para as instituições. Refletindo sobre as questões analisadas ao longo deste percurso considero que o mesmo pode levar à produção de outros conhecimentos científicos relacionados com o tema, tais como: validação do instrumento de avaliação Escala GUSS e estudos relacionados com a temática da qualidade de vida no utente com disfagia pós-AVC e a importância da intervenção do EEER. A nível pessoal, após cessar esta etapa tenho como objetivos a realização e publicação de um artigo científico e a elaboração e implementação de um algoritmo sobre avaliação e intervenção no utente com disfagia, como forma de facilitar o processo de tomada de decisão, no serviço onde exerço funções.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Antonios, N., Carnaby-Mann, G., Crary, M., Miller, L., Hubbard, H., Hood, K., Silliman, S. (2010). Analysis of a physician tool evaluating dysphagia on an inpatient stroke unit: the modified Mann Assessment of Swallowing Ability. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 19(1), 49-57. **DOI:** 10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2009.03.007

Benner, P. (2005). *O modelo de Dreyfus de aquisição de competências aplicado à enfermagem. De iniciado a perito: a excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. (2.<sup>a</sup> Ed.). Coimbra: Quarteto.

Bogdan, R. e Biklen, S. (2013). *Investigação qualitativa em educação*. Porto: Porto Editora.

Braga, R. (2017). Avaliação da função deglutição. In Vieira, C. M. & Sousa, L. Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida (pp. 181-188). Loures: Lusodidacta.

Cardoso, A.; Rainho, J.; Quitério, P.; Cruz, V.; Magano, A. & Castro, M. (2011). Avaliação clínica não-invasiva de disfagia no AVC: Revisão sistemática. *Revista de Enfermagem*. Vol. (3), 135-143. **DOI:** 10.12707/RIII1106.

Carina, M., Botas, T., & Mendes, A. (2017) Bournout em Enfermeiros Portugueses: uma Revisão Integrativa. *Revista Portuguesa de Saúde Ocupacional*, Vol. (4), 1-19. Acedido em: 15-02-2018 Disponível em: <http://www.rpso.pt/burnout-enfermeiros-portugueses-revisao-integrativa/>

Castro, I. (2013). *Acidente vascular cerebral em Portugal: Reabilitação*. Dissertação de mestrado. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar Universidade do Porto, Porto.

Corbin-Lewis, K., Liss, J. M. & Sciortino, K. L. (2009). *Anatomia clínica e fisiologia do mecanismo da deglutição*. São Paulo: Cengage Learning.

Cordeiro, M. & Menoita, F. (2012). *Manual de boas práticas na reabilitação respiratória: Conceitos, Princípios e Técnicas*. Loures: Lusociência.

Daniels, S. (2006). *Neurological disorders affecting oral, pharyngeal swallowing*. GI Motility Online. Acedido em: 25-07-2017. Disponível em: <http://www.nature.com/gimo/contents/pt1/full/gimo34.html>. **DOI:** 10.1038/gimo34.

Dawodu, S. (2008). Swallowing disorders. *eMedicine*. Acedido em: 25-07-2017. Disponível em: <http://emedicine.medscape.com/article/2212409-overview>

Denzin, N. & Lincoln, Y. S. (2011). *Qualitative research*. (4ªEd.). Los Angeles: Sage.

DGS (2015). Portugal – *Doenças cérebro-cardiovasculares em números – 2015. Programa Nacional para as doenças cérebro-cardiovasculares*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.

Faralli, A. , Bigoni, M. , Mauro, A. , Rossi, F., & Carulli, D. (2013). Noninvasive strategies to promote functional recovery after stroke. *Neural Plast.* Vol (2013), 1-16 **DOI:** 10.1155/2013/85459

Ferreira, A. (2017). *Avaliação da deglutição com a aplicação da escala guss: contribuição da enfermagem de reabilitação*. Universidade de Évora .Dissertação de Mestrado. Évora.

Flis, A. E. & Edgley, S. (2014). Task-specific and visual feedback to treat dysphagia in the stroke population. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, Vol. (49).

Fortin, M.F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.

Gasiorowska, A. & Fass, R. (2009). Current approach to dysphagia. *Gastroenterología y Hepatología*. 5, 269–279.

Giorgi, A. & Sousa, D. (2010). *Método fenomenológico de investigação em psicologia*. Lisboa: Fim de século.

Gonçalves, D., Vieira, I., Vitorino, M., Félix, P., & Pinto, T. (2015). Avaliação da disfagia numa unidade de AVC. *Nursing Edição Portuguesa*. Acedido em 20-01-2018. Disponível em: <http://www.nursing.pt/wp-content/uploads/2015/11/Artigo-Avalia%C3%A7%C3%A3o-de-Disfagia.pdf>

Groher, E. M. & Crary, M. A. (2010). *Dysphagia: clinical management in adults and children*. St. Louis: Elsevier.

Hesbeen, W. (2003). *A Reabilitação: criar novos caminhos*. Loures: Lusociência.

Hoeman, S. (2011). *Enfermagem de reabilitação. prevenção, intervenção e resultados esperados*. (4.ªEd). Loures: Lusodidacta

Holanda, A. (2006). Questões sobre pesquisa qualitativa e pesquisa fenomenológica. *Análise Psicológica*. Vol. (24), 363-372.

Instituto Nacional de Estatística (2017). *Causas de morte 2015*. Acedido em 20-10-2017. Disponível em: <https://www.ine.pt/>.

Itaquy, R., Favero, S., Ribeiro, M., Barea, L., Almeida, S., & Mancopes, R. (2011). Disfagia e acidente vascular cerebral: relação entre o grau de severidade e o nível de comportamento neurológico. *Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*, Vol.(23), 385-389. **DOI:** 10.1590/S2179-64912011000400016

Jayadevappa, R. & Chhatre, S. (2011). Patient centered care – a conceptual model and review of the state of the art. *The Open Health Services and Policy Journal*, Vol. (4), 15-25.

Knecht, S.; Hesse, S., & Oster, P. (2011). Rehabilitation after stroke. *Dtsch Arztebl Int*, Vol. (108), 600-606. **DOI:** 10.3238/arztebl.2011.0600

Maccarini, A. R. et al. (2007). Clinical non-instrumental evaluation of dysphagia. *Acta Otorhinolaryngologica Itálica*, Vol. (27), 299-305.

Mann, G. D. (2002). *MASA: The Mann Assessment of Swallowing Ability*. New York: Singular Thomson Learning.

Marques, M. (2002). *Entre a continuidade e a inovação. O ensino superior de enfermagem e as práticas pedagógicas dos professores de enfermagem*, volume I. Dissertação de Mestrado. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias.. Lisboa.

Martino, R., Foley, N., Bhogal, S., Diamant, N., Speechley, M., & Teasell, R. (2005). Dysphagia after stroke: incidence, diagnostic and pulmonary complications, *Stroke*, 36(12), 2756-2763. **DOI:** 10.1161/01.STR.0000190056.76543.eb

Morse, J.M. (2007). *Metodologia de investigação qualitativa*. Coimbra: Formasau.

Ney, D., Weiss, J., Kind, A., & Robbins, J. (2009). Senescent swallowing: impact, strategies and interventions. *Nutrition in Clinical Practice*, 24 (3), 395-413. **DOI:** 10.1177/0884533609332005

Oliveira, J.; Lopes, R., & Diniz, N. (2008). Fenomenologia. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61, 254-257. **DOI:** 10.1590/S0034-71672008000200018.

Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem enquadramento conceptual enunciados descritos*. Acedido em: 20-01-2018. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2010) *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação*. Acedido em: 20-01-2018 Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao\\_aprovadoAG20Nov2010.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao_aprovadoAG20Nov2010.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (2016). *Enfermagem de reabilitação instrumentos de recolha de dados para a documentação dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação*. Acedido em: 20-01-2018. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao\\_Final\\_2017.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf)

Organização Mundial de Saúde [OMS] (2015). *Acidente vascular cerebral, acidente cerebrovascular*. Acedido em: 15-07-2017 Disponível em: [http://www.who.int/topics/cerebrovascular\\_accident/en](http://www.who.int/topics/cerebrovascular_accident/en)

Okubo, P.C. (2008). *Deteção de disfagia na fase aguda de acidente vascular cerebral isquémico. Proposição de conduta baseada na caracterização dos fatores de risco*. Tese de Doutoramento. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo: São Paulo.

Paixão, C.; Silva, L. & Camerini, F. (2010) Perfil da disfagia após um acidente vascular cerebral: uma revisão integrativa. *Revista de Rede da Enfermagem do Noroeste*,11 (1),181-190.**DOI:** 10.15253/rev%20rene.v11i1.4502

Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: LIDEL- edições técnicas, Lda.

Siedman, I. (2006). *Interviewing as qualitative research. A guide for researchers in educational and social sciences*. New York: Teachers College Press.

Silva, E. (2010). *Reabilitação após o AVC*. Dissertação de Mestrado Integrado em Medicina. Faculdade de Medicina, Universidade do Porto Porto.

Silva, T. (2015) *Disfagia no doente com AVC: prevalência e determinantes*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação. Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu, Viseu.

Soares, A. (2014). Disfagia: avaliação e reabilitação. *Jornal Médico. Hospital São João do Porto*. Acedido em 20-08-2017. Disponível em: <http://www.justnews.pt/artigos/disfagia-avaliacao-e-reabilitacao/>

Streubert, H. J., & Carpenter, D. R. (2013). *Investigação qualitativa em enfermagem*. (5ª Ed.). Loures: Lusodidacta.

Teixeira, C.; & Silva, L. (2009). As incapacidades físicas de pacientes com acidente vascular cerebral: ações de enfermagem. *Revista Enfermeria Global*, 15, 1-12.

Trapl, M., Enderle, P., Nowotny, M., Teuschi, Y., Matz, K., Dachenhausen, A. & Brainin, M. (2007). Dysphagia bedside screening for acute-stroke patients: the gugging swallowing screen. *Stroke: Journal of the American Heart Association*, 38(11), 2948-2952. **DOI:** 10.1161/STROKEAHA.107.483933

Warnecke, T. et al. (2009). Fiberoptic endoscopic dysphagia severity scale predicts outcome after acutestroke. *Cerebrovascular Diseases*, 28(3), 283-289. **DOI:** 10.1159/000228711.

Woisard, V. , Andrieux, M. P., Puech M. (2006). Validation of a self-assesement questionnaire for swallowing disorders (Deglution Handicap Index). *Revue de Laryngologie, Otologie et Rhinologie*, 127(5), 315-325.

World Gastroenterology Organisation Practice Guidelines (2014). *Disfagia diretrizes e cascatas mundiais*. Acedido em: 29-09-2014. Disponível em: <http://www.worldgastroenterology.org/UserFiles/file/guidelines/dysphagia-portuguese-2014.pdf>



## **APÊNDICES**

**APÊNDICE I – TABELA DE PARES CRANIANOS ENVOLVIDOS  
NA DEGLUTIÇÃO E SUAS FUNÇÕES**

**TABELA PARES CRANIANOS ENVOLVIDOS NA  
DEGLUTIÇÃO E SUAS FUNÇÕES**

<b>Nervo Craniano</b>	<b>Função</b>
Trigêmio (V)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Percepção da face e da boca</li> <li>• Movimentos da bochecha</li> </ul>
Facial (VII)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sentido do paladar (dois terços anteriores da língua)</li> <li>• Expressão facial</li> <li>• Glândulas salivares sublinguais e submandibulares</li> </ul>
Glossofaríngeo (IX)	Paladar e deglutição
Vago (X)	Sistema Nervoso Autônomo
Espinhal (XI)	Responsável pelo músculo esterno-cleido-mastoideu
Hipoglosso (XII)	Movimentos dos músculos da língua

Fonte: Adaptado Hoeman (2011)

**APÊNDICE II – TABELAS DE TÉCNICAS PROMOTORAS DA  
DEGLUTIÇÃO**

## TABELAS DE TÉCNICAS PROMOTORAS DA DEGLUTIÇÃO

<b>Técnicas Posturais</b>	
Consistem em mudanças de postura que vão permitir que a gravidade influencie a forma como o bolo alimentar se irá deslocar.	
Técnica	Objetivo
Flexão cervical	<ul style="list-style-type: none"><li>• Permite proteger as vias aéreas;</li><li>• Utilizada em pessoas com atraso no reflexo, diminuição na elevação da laringe, redução da retração da língua, redução no encerramento laríngeo e encerramento ineficaz da via aérea;</li><li>• Evita que os alimentos progridam rapidamente para a parede posterior da faringe;</li><li>• Pede-se à pessoa que “junte o queixo ao peito” para deglutir.</li></ul>
Extensão cervical	<ul style="list-style-type: none"><li>• Utilizada em pessoas que têm problemas na língua ou parte da língua removida;</li><li>• Permite conduzir o bolo pela ação da gravidade para a faringe;</li><li>• A pessoa deve ter uma correta ativação da fase faríngea e bom encerramento da via aérea;</li><li>• Como medida preventiva deve</li></ul>

	<p>solicitar-se que a pessoa sustenha a respiração antes de elevar o queixo;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Não deve ser aplicada em pessoas com déficit na compreensão, no planeamento motor ou que realizam movimentos de forma impulsiva.</li> </ul>
<p>Rotação cervical para lado afetado</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utiliza-se quando existe uma parésia unilateral da faringe ou laringe e quando existe lesão unilateral das cordas vocais;</li> <li>• A rotação deve ocorrer para o lado afetado, uma vez que permite encerrar o lado da faringe para o qual a cabeça está rodada, dirigindo o bolo para o lado são;</li> <li>• Permite efetuar adução das pregas vocais do lado para onde se efetua a rotação e aumenta o diâmetro de abertura do esfíncter esofágico superior.</li> </ul>
<p>Flexão para lado são</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Permite que o bolo seja dirigido para o lado são da faringe, minimizando o risco de aspiração;</li> <li>• Utilizada em pessoas com alterações da fase oral e faríngea do mesmo lado;</li> <li>• A pessoa deve fazer uma</li> </ul>

	flexão cervical para o lado sã, para que a gravidade direcione o bolo para esse lado.
Deitado (dorsal ou lateral)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilizada em pessoas com lesão faríngea bilateral ou com redução da elevação da laringe;</li> <li>• Permite mudar a forma como a gravidade afeta os resíduos alimentares, impedindo que os resíduos da faringe entrem na laringe.</li> </ul>

### **Estimulação Sensitiva**

Pretende-se com o aumento do estímulo sensitivo aumentar a percepção do bolo alimentar, a coordenação das diferentes estruturas, melhorar o trânsito oral e faríngeo e reduzir o risco de aspiração. O princípio da estimulação sensitiva assenta no pressuposto que o aumento da excitabilidade dos centros nervosos vai influenciar os mecanismos corticais da deglutição.

Técnica	Objetivo
Mudança no sabor	<ul style="list-style-type: none"> <li>• O sabor amargo melhora a deglutição pois aumenta o estímulo oral para o córtex e tronco encefálico (estimulação do V par craniano);</li> <li>• Pode reduzir o tempo oral e faríngeo e, conseqüentemente, o risco de aspiração;</li> <li>• Os alimentos amargos aumentam a amplitude e força de contração e aumentam a pressão exercida pela língua;</li> <li>• O uso de ácido cítrico pode</li> </ul>

	<p>melhorar os reflexos envolvidos na deglutição e estimular a secreção de saliva;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pode obter-se um melhor efeito se for utilizado o sabor amargo e a temperatura fria.</li> </ul>
Mudança no volume	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Um volume maior permite uma deglutição mais rápida ao aumentar a estimulação sensitiva e, conseqüentemente, a percepção do bolo na cavidade oral.</li> </ul>
Temperatura	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consiste em aplicar um instrumento frio na cavidade oral;</li> <li>• Aumenta o estímulo sensitivo na área onde a partir da qual o reflexo de deglutição é desencadeado;</li> <li>• Pode ser utilizada caso a pessoa apresente um atraso na deglutição;</li> <li>• Pode ser efetuada através de uma pressão adicional com a colher na língua quando a comida é administrada.</li> </ul>
Bebidas gaseificadas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• As moléculas de ácido carbónico estimulam os recetores da boca o que leva a uma rápida ativação do reflexo de deglutição;</li> <li>• Permite a redução do resíduo pós deglutição, reduzindo a</li> </ul>

	<p>aspiração e o tempo de trânsito faríngeo;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• As bebidas com gás carbônico ao serem efervescentes melhoram o sabor, intensificam o sabor e dão uma sensação refrescante.</li> </ul>
--	---

<b>Mudanças voluntárias da deglutição</b> Manobras executadas pela pessoa que vão permitir efetuar mudanças específicas nas estruturas envolvidas na deglutição. Para a sua execução é necessário que a pessoa tenha as funções cognitivas e capacidade funcional que permita seguir as instruções que são dadas.	
Manobra	Objetivo
Respiração supraglótica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consiste em sustentar a respiração antes, durante e após a deglutição, efetuando um correto encerramento das cordas vocais;</li> <li>• A pessoa pode tossir após a deglutição antes de inspirar;</li> <li>• A pessoa deve ser instruída a : inspirar – apneia – deglutir – expirar ou tossir;</li> <li>• A tosse após a deglutição permite remover resíduos de alimentos que estejam nos seios piriformes.</li> </ul>
Respiração super-supraglótica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prolongar o encerramento da via aérea antes, durante e após a deglutição, com recurso à manobra de Valsalva;</li> <li>• A pessoa efetua a inclinação</li> </ul>

	<p>anterior da cartilagem aritenoide que contacta com a epiglote ( antes e durante a deglutição) e encerra as cordas vocais falsas;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Para aumentar a eficácia a pessoa deve tossir no fim da deglutição;</li> <li>• Permite uma proteção adicional quando comparada com a deglutição supraglótica.</li> </ul>
Deglutição forçada	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Permite aumentar a retração da língua e a pressão faríngea durante a deglutição;</li> <li>• Reduz os resíduos na valécula e na faringe após a deglutição;</li> <li>• A pessoa deve efetuar uma contração dos músculos enquanto deglute, com grande esforço de forma a aumentar as pressões geradas durante a deglutição.</li> </ul>
Manobra de Mendelson	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumenta o movimento da laringe e do osso hioide durante a fase faríngea, prolongando a abertura do esfíncter esofágico superior;</li> <li>• Reduz os resíduos nos seios piriformes após a deglutição;</li> <li>• A pessoa é instruída a colocar a mão na laringe, solicita-se a deglutição e para sentir a laringe, sendo que quando a</li> </ul>

	<p>laringe atinge a posição mais elevada a pessoa mantém a mesma nessa posição durante três segundos e depois deixa regressar à posição normal;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Muito útil em pessoas com AVC do tronco encefálico.</li> </ul>
Manobra de Masako	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A pessoa é instruída a puxar a base da língua para a frente, prendendo a língua entre os dentes e deglutindo com a língua nessa posição;</li> <li>• Exercita a mobilidade da faringe uma vez que força os músculos glossofaríngeos a aumentar a sua contração;</li> <li>• Indicada em pessoas com diminuição da contração faríngea;</li> <li>• Deve ter-se especial atenção na sua aplicação uma vez que aumenta os resíduos faríngeos, reduz o encerramento do vestíbulo laríngeo e atrasa o início da deglutição.</li> </ul>

<p><b>Exercícios de amplitude de movimentos e fortalecimento muscular</b></p> <p>Têm o intuito de melhorar a força e a coordenação dos músculos usados na deglutição. Podem ser realizados até dez vezes por dia com a duração de cinco minutos.</p>	
Exercícios	Objetivo
Lábios	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Podem ser realizados os seguintes exercícios: protrair,</li> </ul>

	<p>retrair e lateralizar, fazer som de estalar, segurar uma espátula entre os lábios (em repouso e em protração);</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Podem incluir-se exercícios de assobiar, mover os lábios como se estivesse a dar beijinhos e movimentos de sucção.</li></ul>
Língua	<p>1. <u>Exercícios de amplitude dos movimentos</u>: Solicita-se à pessoa para colocar a língua o máximo possível fora da boca e para manter esta posição durante dois segundos e depois relaxar. De seguida, mover para o canto direito da boca, depois para o canto esquerdo e elevar a ponta da língua colocando-a junto à face interna dos dentes, repetindo cada movimento a sequência de manter durante dois segundos e depois relaxar;</p> <p>Para treinar a parte posterior da língua solicita-se que produza sons tipo “k” ou “G”, mantendo a língua nessa posição por dois segundos e depois relaxar;</p> <p>Como forma de aumentar a amplitude de movimentos, solicita-se à pessoa que efetue a máxima abertura da mandíbula quando mantém a</p>

língua nas posições elevadas. Para aumentar a retração da língua, pode retrain a língua o máximo que consegue, manter dois segundos e depois relaxar. Tanto o gargarejo como o bocejo potenciam a retração.

2. Exercícios de fortalecimento ou resistência da língua: permitem melhorar o tempo do trânsito oral e faríngeo bem como melhorar a eficiência da deglutição. A pessoa deve retrain a língua e manter por um ou dois segundos, efetuar gargarejo mantendo a língua numa posição retraída por um a dois segundos e bocejar mantendo a língua retraída por alguns segundos, Também podem ser realizados exercícios resistidos com a língua, com recurso a espátula ou colher, com o intuito de melhorar o controlo oro lingual e reduzir os resíduos na boca e valécula. Solicita-se que a pessoa empurre contra a resistência e mantenha por dois segundos, relaxando depois.
3. Exercícios de manipulação do bolo: têm o intuito de melhorar

os movimentos necessários na mastigação, na formação do bolo alimentar e transporte do mesmo. Podem ser realizados com recurso a uma compressa embebida em água.

Língua em concha: intuito de segurar o bolo na cavidade oral. Solicita-se à pessoa que coloque uma compressa molhada no meio da língua, segurando a outra extremidade fora da boca. A pessoa deve segurar a compressa contra o palato duro de forma a que a ponta da língua seja selada junto aos molares, deve segurar nesta posição cinco segundos e relaxar depois, devendo repetir a sequência cinco a dez vezes.

Movimentos laterais da língua: a pessoa deve colocar a compressa na língua prendendo a restante compressa fora da língua, devendo manobrar a compressa à volta da boca da esquerda para o meio, para a direita e depois no sentido inverso, repetindo entre cinco a dez vezes.

Movimento posterior da língua: intuito de praticar o transporte

	<p>do bolo através da cavidade oral. A pessoa deve colocar a compressa na língua, agarrando a outra ponta fora da boca, deve mover a compressa para cima e para trás com a língua, como se tentasse engolir.</p> <p><u>Exercícios da base da língua:</u> A pessoa deve retrain a língua o máximo que conseguir, permitindo treinar a base da mesma.</p>
Mandíbula	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Podem realizar-se movimentos passivos ou ativos e alongamentos;</li> <li>• Pode pedir-se à pessoa para abrir a boca o máximo que conseguir, manter essa posição por dois segundos e relaxar;</li> <li>• De seguida deve solicitar-se para mover a mandíbula o máximo possível para a direita, manter durante dois segundos, relaxar e depois repetir o exercício para o lado esquerdo;</li> <li>• Instruir a pessoa a realizar movimentos circulares com a mandíbula, relaxando depois de completar um círculo.</li> </ul>
Laringe	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Os exercícios para auxiliar a mobilidade da laringe podem ser:</li> </ul>

1. Voz de falsete: Solicita-se à pessoa que faça uma voz de falsete (tom falso), com o intuito de melhorar os movimentos de elevação da laringe. Como forma de explicar o exercício pode pedir-se à pessoa para abrir a boca como se estivesse a bocejar e depois produzir o som.
2. Exercício de Shaker: Visa melhorar o movimento hiofaríngeo e uma melhor abertura do esfíncter esofágico superior, através do treino da musculatura extrínseca da laringe. A pessoa deve estar em decúbito dorsal e é pedido que levante a cabeça o suficiente para ver os dedos dos pés, mantendo os ombros na cama, com a boca fechada. A posição deve ser mantida durante um minuto e realizadas três repetições. Após esta sequência deve levantar a cabeça como explicitado anteriormente e baixar de seguida repetindo trinta vezes.
3. Manobra de Mendelson

Bochechas	<ul style="list-style-type: none"><li>• A pessoa pode insuflar as bochechas de forma unilateral ou bilateral;</li><li>• A pessoa pode fazer este procedimento e depois fazer pressão com as mãos, mantendo os lábios cerrados para aumentar a força;</li><li>• Pode ser treinada também através de movimentos de sucção mantendo por alguns segundos esta posição.</li></ul>
-----------	--

Fonte: Adaptado Marques-Viera, C. e Sousa, L. (2017)

## **Apêndice III – GUIÃO DA ENTREVISTA**

## GUIÃO DA ENTREVISTA

### Entrevista – 1º momento

**Data e Local:**

**Enfermeiro entrevistado:**

Objetivo:

Formalizar o pedido de colaboração do Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação para participar no estudo, através do pedido de consentimento informado

Ações a realizar:

- Apresentação pessoal;
- Apresentação do estudo: objetivos, finalidade, motivo da realização da entrevista e o seu local de realização;
  - Pedido de consentimento informado para gravar em suporte digital, salvaguardando o carácter confidencial da informação recolhida;
  - Entrega do documento escrito do pedido de consentimento informado e respectiva assinatura da declaração de consentimento.
- Preenchimento de grelha informativa acerca do entrevistado

### Entrevista – 2º momento

**Data e Local:**

**Enfermeiro entrevistado:**

Objetivos específicos da entrevista:

- Compreender como é que o Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação avalia o utente com disfagia pós AVC e de que forma intervém com vista à promoção da sua alimentação
  - Como é que o Enfermeiro Especialista de Reabilitação prepara o utente para o processo de transição.
- Compreender o papel/contributo do Enfermeiro Especialista de

## Reabilitação nesta área

Questões orientadoras da entrevista:

- Como realiza a avaliação de um utente com disfagia pós AVC, com vista à promoção da sua alimentação
- Perante o utente com disfagia pós AVC como planeia, intervém e avalia a sua intervenção

**APÊNDICE IV – GRELHA DE ANÁLISE POR UNIDADE DE  
SIGNIFICADO**

	E1	E2	E3	E4	E5
<b>AVALIAÇÃO INICIAL</b>	<p>1- Escala GUSS</p> <p>2-Avaliação do estado de consciência – escala de Comas de Glasgow</p> <p>3- Monitorização PV's: -TA - FC - Temperatura - FR (n.º de ciclos, dissociação dos tempos respiratórios, alteração ao nível da inspiração/expiração) - SpO2 -Glicémia capilar</p> <p>4- Avaliação neurológica: -nível sensitivo -nível motor</p>	<p>1-Escala MASA</p> <p>2-Avaliação do estado de consciência – com recurso à Escala de Comas de Glasgow</p> <p>3-Orientação da pessoa;</p> <p>4-Qualidade do discurso : despiste de <u>afasias</u> (de Werniche e Broca são as mais comuns) e de <u>disartrias</u>;</p> <p>5- Equilíbrio sentado: Uso de ajudas técnicas: - cadeirões - tabuleiro acrílico - almofadas.</p> <p>6- Avaliação das funções motoras: -mobilidade da mandíbula;</p>	<p>1º Não utiliza escala de forma purista, vai buscar contributos a várias escalas.</p> <p>2º A compilação das várias escalas é feita com base nas necessidades da pessoa.</p> <p>3º Preferencialmente recorre à GUSS por ser mais facilitadora da transmissão dos conhecimentos.</p> <p>4º Avaliação neurológica com base no instrumento NISS – <i>National Institute Stroke Scale</i>.</p> <p>5º Observa: - a mímica da face e os músculos orofaciais</p>	<p>1º Não usa escalas de enfermagem, realiza uma avaliação global da pessoa na admissão e, posteriormente, uma avaliação a nível estrutural;</p> <p>2º Na avaliação inicial têm em conta: -idade -diagnóstico -estado geral da pessoa -antecedentes pessoais -características da respiração -presença ou não de secreções -comunicação</p> <p>3º Na avaliação estrutural: -avaliação pares</p>	<p>1º Nenhum instrumento de avaliação instituído, recorre à escala MASA adaptada e à escala de GUSS.</p> <p>2º Avaliação Inicial: -avaliação estado de consciência -avalia mobilidade da boca -avalia mobilidade da língua -avalia mobilidade das bochechas -avalia mobilidade dos lábios -avalia capacidade de deglutição da saliva -avalia a capacidade de deglutição do bolo alimentar com recurso aos três tipos de consistência, com início</p>

	<p>5- Avaliação dos 6 pares craneanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Trigêmio (com o dedo ou com o algodão)</li> <li>-Motor (através do sorriso/sensibilidade)</li> <li>-Facial</li> <li>-Vago(através do reflexo de vômito)</li> <li>-Glossofaríngeo</li> <li>-Hipoglosso(através da proção da língua, do desvio da língua e forma do palato).</li> </ul> <p>6- Material utilizado:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-espátula</li> <li>-algodão</li> <li>-compressas</li> <li>-colher</li> <li>-cubos de gelo</li> <li>-alimentos para testar os sabores (doce,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-desvio da comissura labial;</li> <li>-mobilidade labial;</li> <li>-mobilidade da língua;</li> <li>-insuflação das bochechas.</li> </ul> <p>7-Sensibilidade intra-oral:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-úvula;</li> <li>-presença de GAG.</li> </ul> <p>8-Avaliação dos reflexos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-reflexo de vômito;</li> <li>-reflexo de deglutição;</li> <li>-reflexo de tosse voluntária.</li> </ul> <p>9- Qualidade da deglutição da saliva:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-movimentos da</li> </ul>	<p>fazendo um despiste das componentes mecânica ou motora e sensitiva.</p> <p>6º Teste de sensibilidade com recurso a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- luva</li> </ul> <p>7º Teste das consistências pela seguinte ordem:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pastoso</li> <li>-pastoso-líquido</li> <li>-líquido</li> </ul> <p>8º Ausculta a pessoa e está atento aos sinais de disfagia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-acúmulo de alimento na cavidade oral</li> <li>-tosse</li> </ul>	<p>craneanos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-avalia lábios</li> <li>-avalia a mobilidade da língua e da mandíbula</li> <li>-verifica se há alterações a nível do palato</li> <li>-avalia a postura e o equilíbrio</li> <li>-presença de reflexo de tosse</li> </ul> <p>4º Durante o treino de deglutição:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-pessoa corretamente sentada</li> <li>-com monitorização da oximetria de pulso</li> <li>-avalia a capacidade de elevação da laringe e a capacidade vocal</li> </ul> <p>5º Considera</p>	<p>no mais espesso</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-introdução de líquidos em pequena quantidade, se necessário com recurso a espessante para obtenção de consistência segura</li> <li>-introdução de alimento – pão para avaliação da capacidade de mastigação</li> </ul> <p>3ª Realização de exercícios para avaliação de forças e de simetrias:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-sorrir</li> <li>-apreensão labial</li> <li>-mobilidade da língua</li> <li>-teste da sensibilidade com recurso a espátula</li> <li>-reflexo de vômito</li> <li>-reflexo de tosse</li> </ul>
--	--	--	--	--	--

	<p>sal e azedo).</p> <p>7- Aspectos que têm em conta:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-presença de sialorreia</li> <li>-mudança vocal</li> <li>-presença de secreções e/ou alimento após a deglutição</li> <li>-Postura corporal incorrecta</li> </ul>	<p>laringe;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-presença de tosse antes, durante ou após a deglutição;</li> <li>-avaliação da voz para despiste de “voz molhada”.</li> </ul> <p>10-Avaliação final, verificar se a pessoa apresenta dentição adequada, se usa prótese dentária e se a mesma está adequada.</p>		<p>critérios para entubação nasogástrica:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-fraca captação</li> <li>-presença de escape</li> <li>-fase oral lentificada</li> <li>-não retenção do bolo alimentar</li> <li>-engasgamento</li> <li>-oximetrias baixas durante ou após a deglutição</li> <li>-voz molhada</li> <li>-necessidade de dupla deglutição</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-encher a boca com ar</li> <li>-fazer pressão com os lábios</li> <li>-suster o ar dentro da boca</li> </ul>
<b>TÉCNICAS</b>	<p>1-Adequação das técnicas de acordo com o compromisso neurológico, o estado de consciência e de participação do utente</p> <p>2-Técnicas</p>	<p>1.Uso do espelho – deve ser pequeno e de forma redonda</p> <p>2.Ir com a língua fazer o vasculhamento do alimento no vestíbulo</p> <p>3.Aumentar o</p>	<p>1. Teste a nível sensitivo e motor com recurso a uma luva, no qual vai com a luva procurar na língua os pontos de maior e menor</p>	<p>1. Correto posicionamento</p> <p>2. Utilização de espessante para alteração da consistência alimentar</p> <p>3. Uso de palhinha</p>	<p>1º Realização de exercícios para avaliação de forças e de simetrias:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-sorrir</li> <li>-apreensão labial</li> <li>-mobilidade da língua</li> </ul>

	<p>baseiam-se:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- estimulação sensitiva e motora através da estimulação térmica e táctil</li> <li>-técnica postural (posicionamento da cabeça – desvio/inclinação da mesma)</li> <li>-alteração da consistência alimentar</li> <li>-higiene oral</li> </ul> <p>3- Recursos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- cubos de gelo</li> <li>-“boneca” (espátula de madeira com compressas enroladas)</li> <li>-almofadas</li> <li>-espessantes</li> </ul>	<p>número de deglutições</p> <p>4.Realização de exercícios orofaciais:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Para o andar inferior: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Enviar beijos</li> <li>✓ Assobiar</li> <li>✓ Insuflar as bochechas</li> <li>✓ Sorrir sem mostrar os dentes</li> <li>✓ Sorrir a mostrar os dentes</li> </ul> </li> <li>-Para o andar superior: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Fechar os olhos com força</li> <li>✓ Abrir bastante os olhos</li> <li>✓ Franzir a testa</li> <li>✓ Piscar o olho</li> <li>✓ Unir as sobrancelhas</li> </ul> </li> </ul>	<p>sensibilidade de forma a avaliar o grau de gravidade;</p> <p>2. Avaliação da progressão do bolo alimentar ao nível da língua, observando quais as partes mais afetadas;</p> <p>3. Estimulação sensorial com recurso ao quente e ao frio;</p> <p>4. Realização de exercícios orofaciais de mobilidade da língua (elevação da glote, produção de sons);</p>	<p>na garrafa de água como forma de controlar o volume/fluxo ingerido</p> <p>4. Uso de colher</p> <p>5. Manobra de Shaker</p> <p>6. Flexão da cabeça</p> <p>7. Extensão da cabeça</p> <p>8. Exercícios de motricidade labial</p> <p>9. Uso de espátulas</p> <p>10. Estimulação sensitiva</p> <p>11. Exercícios de mobilidade da língua</p> <p>Exercícios de elevação da laringe</p>	<p>-teste da sensibilidade com recurso a espátula</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-reflexo de vômito</li> <li>-reflexo de tosse</li> <li>-encher a boca com ar</li> <li>-fazer pressão com os lábios</li> <li>-suster o ar dentro da boca</li> </ul> <p>2º Técnicas utilizadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Tocar com o queixo no tórax, subir a parte do palato mole para a pessoa conseguir fazer uma maior elevação da língua, das partes moles e ajudar à</li> </ul>
--	---	--	--	---	--

			<p>5. Estimulação com exercícios motores sem alimento, apenas com estimulação tátil ou digital;</p> <p>6. Alteração das consistências alimentares;</p> <p>7. Técnicas de massagem, essencialmente ao nível dos músculos do pescoço;</p> <p>8. Reeducação funcional respiratória;</p> <p>9. Reeducação funcional motora</p>		<p>deglutição.</p> <p>✓ Pedir à pessoa para deglutir como se estivesse a engolir um pedaço de carne dura, ou seja deglutir com força.</p> <p>✓ No caso dos AVC's e se tiver presente uma hemiparesia facial utiliza-se a lateralização da língua do lado da parésia;</p> <p>✓ Subir a língua para empurrar o alimento.</p> <p>✓ Utiliza a verticalização da pessoa quando</p>
--	--	--	--	--	---

					<p>está a ser alimentada, o utente deve ter uma postura correta quando está a ser alimentado.</p> <p>✓ O queixo direcionado ao peito como forma de proteger a via aérea</p> <p>3º</p> <p> Materiais utilizados:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>-água</li><li>-copo recortado</li><li>-</li><li>espessante</li><li>-espátulas</li><li>-colher metálica</li></ul>
--	--	--	--	--	--

<p><b>ENSINO</b></p>	<p>1- Inclusão da família ( na prestação de cuidados, esclarecimento de dúvidas, quais as intervenções para prevenir complicações e as técnicas adequadas ao utente, realização de sessões de ensinos)</p> <p>2-Existência no serviço de E1 de um projeto de apoio à família que engloba a equipa multidisciplinar, onde numa primeira fase são realizados ensinos abrangentes e, posteriormente, de forma particular e incluindo o utente.</p> <p>Nestas sessões são realizados ensinos</p>	<p>1-Inclusão da família no processo de reabilitação da pessoa, a família é incluída desde a admissão;</p> <p>2-Ensino à pessoa:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- centrados na pessoa, de forma individual e tendo em conta as suas reais necessidades.</li> </ul> <p>3-Ensino à família:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-explicada situação actual da pessoa e quais as suas limitações;</li> <li>-ensino de técnicas</li> </ul>	<p>1º Ensino direcionado à pessoa e à família;</p> <p>2º Inclusão da família na prestação de cuidados ao longo do internamento</p> <p>3ºEnsino focado no correto posicionamento, nos principais sinais e sintomas de aspiração, o tipo de dieta a fornecer e quais as melhores estratégias.</p>	<p>1.Inclusão da família e realização de ensinos aos mesmos.</p> <p>2.Explicação dos prós e dos contras da entubação nasogástrica.</p> <p>3.Existência de uma folha na cabeceira do utente com indicações para administração de alimentação e de hidratação específicas para aquela pessoa em concreto.</p> <p>4.Os ensinos realizados incidem:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-correto posicionamento da pessoa</li> <li>-elevação da cabeceira no leito durante a administração das refeições</li> </ul>	<p>1ºInclusão da família na prestação de cuidados e realização de ensinos aos mesmos.</p> <p>2ºFornecimento de informação detalhada acerca do estado de saúde atual da pessoa.</p> <p>3ºRealização de ensinos acerca:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Manobras compensatórias da deglutição</li> <li>✓ Tipo de dieta a ser fornecido</li> <li>✓ Alteração da consistência alimentar com recurso a espessante</li> </ul>

	acerca dos posicionamentos, das técnicas, dos cuidados e dos recursos existentes na comunidade.			- uso de espessante -principais sinais de alerta da existência de disfagia e da ocorrência de aspiração de conteúdo alimentar ou saliva.	
<b>CONTINUIDADE DE CUIDADOS</b>	<p>1-Através do uso do instrumento de avaliação – Escala GUSS</p> <p>2-Através da formação dos enfermeiros (P.exemplo acerca da neuroprotecção, da avaliação do risco de aspiração e do despiste de sinais de disfagia).</p> <p>3-Através do registo em notas de</p>	<p>1-Através do uso do instrumento de avaliação – Escala de MASA;</p> <p>2-Através da forma dos pares (todos os enfermeiros que iniciam funções no serviço realizam diversas formações iniciais, sendo que o uso do instrumento MASA e da alimentação das primeiras temáticas a ser abordadas)</p>	<p>1º Através da articulação entre o enfermeiro especialista de enfermagem de reabilitação e os colegas de cuidados gerais</p> <p>2ºAtravés de notas de enfermagem;</p> <p>3ºAtravés de indicações que fornece aos colegas de cuidados gerais sobre os cuidados a ter.</p>	<p>1- Através do trabalho em equipa</p> <p>2- Recurso às notas de enfermagem</p> <p>3- Comunicação entre a equipa</p> <p>4- Formações</p>	<p>1ºRealização de formações</p> <p>2º Trabalho em equipa</p> <p>3ºComunicação entre a equipa, na passagem de turno e em momentos informais</p> <p>4ºAtravés das notas de enfermagem e do programa informático</p>

	<p>enfermagem ( no serviço onde E1 exerce funções os registos são realizados com base na linguagem CIPE/SAPE sendo que é possível associar notas gerais.</p> <p>4-Através da transdisciplinaridade – importância do trabalho de equipa.</p>	<p>3-Sinalização de utentes com risco de repetir AVC para consultas de seguimento em Neurologia.</p>			<p>– programa SAP na versão S clínico</p>
<p><b>QUALIDADE CUIDADOS</b></p>	<p>1-Ganhos em saúde:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ganhos económicos (diminuição de gastos com material, diminuição do tempo de internamento, diminuição do número de reinternamentos)</li> <li>- E1 fundamenta os ganhos em saúde da intervenção do EEER com base num estudo</li> </ul>	<p>1-Aumento da qualidade dos cuidados;</p> <p>2-Uso do instrumento MASA permite manter a individualidade da pessoa;</p> <p>3-Ganhos em saúde para a pessoa:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-diminuição de complicações;</li> <li>-aumento da qualidade de vida.</li> </ul>	<p>1º Aumento da qualidade dos cuidados através da intervenção do EEER;</p> <p>2º A existência de <i>guidelines</i></p> <p>3º No <i>know-how</i> de cada profissional</p> <p>4º O conhecimento das limitações da pessoa pois permite traçar um plano de cuidados</p>	<p>1-Aumento da qualidade dos cuidados através da intervenção do EEER</p> <p>2-Trabalho em parceria com a terapeuta da fala</p> <p>3-Uso de escalas aliado às notas de enfermagem</p> <p>4-A existência da mesa do colégio da especialidade como</p>	<p>1º Aumento da qualidade dos cuidados pela intervenção do EEER</p> <p>2º Correta avaliação do EEER permite um treino de deglutição mais eficaz e seguro</p> <p>3º Continuação do treino de deglutição mesmo quando o utente permanece entubado</p>

	<p>que realizou no seu serviço</p> <p>- ganhos para o utente (aumento da qualidade de vida, diminuição das agudizações)</p>	<p>4-Ganhos em saúde para a instituição:</p> <p>- diminuição dos reinternamentos;</p> <p>- diminuição de custos com material;</p> <p>- diminuição de custos com terapêutica.</p>	<p>exequível e tendo em conta as reais necessidades e capacidades da pessoa.</p>	<p>forma de dar visibilidade à aérea da reabilitação.</p>	<p>4ªA intervenção do EEER permite um aumento da independência e da qualidade de vida da pessoa</p> <p>5ªA intervenção do EEER permite diminuir as complicações associadas à disfagia, diminuir o tempo de internamentos e os reinternamentos.</p>
<p><b>DIFICULDADES</b></p>	<p>1-Escassez de recursos humanos:</p> <p>-rácio enfermeiro/utente menor do que o preconizado pela OE</p> <p>-diminuição do tempo para prestação de cuidados mais especializados</p> <p>-desmotivação</p> <p>- diminuição do</p>	<p>1-Relacionadas com a pessoa:</p> <p>-dificuldade na alteração dos hábitos e crenças alimentares;</p> <p>2-Relacionadas com as características da organização/serviço:</p> <p>-flutuações constantes do estado neurológico do utente,</p> <p>-questão da</p>	<p>1ª Relacionadas com a pessoa:</p> <p>- o estado de consciência</p> <p>-o estado de orientação/colaboração da pessoa;</p> <p>-as lesões provocadas pelo AVC;</p> <p>- a terapêutica e os seus efeitos secundários ao nível do</p>	<p>1- A alimentação como um autocuidado difícil de gerir tanto para a família como para a pessoa.</p> <p>2- O nível de participação dos utentes no treino de deglutição</p> <p>3- Ausência de escala no serviço</p>	<p>1ªAusência de um instrumento de avaliação instituído no serviço</p> <p>2ªEscassez de recursos humanos</p> <p>3ªCaracterísticas da população</p>

	<p>investimento em formação</p> <p>2-Escassez de recursos materiais</p> <p>3-Estratégias para ultrapassar as dificuldades:</p> <p>-recurso a materiais como balões, sacos de areia e utensílios simples para reforço diafragmático.</p>	<p>rotina, o facto dos enfermeiros estarem bastante familiarizados com o instrumento de avaliação pode fazer com que ocorram falhas na avaliação.</p>	<p>estado de consciência</p> <p>2ºRelacionadas com o serviço:</p> <p>- o rácio enfermeiro-utente;</p> <p>-escassez de recursos humanos;</p> <p>-delegação de competências a outros profissionais</p> <p>-ausência de um instrumento de avaliação específico para a parte da deglutição</p> <p>-dificuldade de articulação entre o serviço e a dietista.</p>	<p>Escassez de recursos humanos</p>	<p>institucionalizada, elevado grau de dependência e alterações do estado de consciência</p> <p>4ºFalta de formação e de sensibilização para os riscos da disfagia</p> <p>5º Escassez de recursos materiais</p> <p>6º Pouca colaboração por parte de outros técnicos</p>
--	---	---	---	-------------------------------------	--

**APÊNDICE V – CONSENTIMENTO INFORMADO E  
DECLARAÇÃO DE PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO**

## **CONSENTIMENTO INFORMADO**

Caro( a ) Colega,

Sou enfermeira e encontro-me a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Reabilitação, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, e neste momento necessito da sua participação para tornar exequível a minha Tese de Mestrado, cujo título é “ Promover para Reabilitar – do processo de disfagia por Acidente Vascular Cerebral à promoção da alimentação – intervenções do Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação.”

A finalidade do estudo é compreender quais as intervenções do Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação com vista à promoção da alimentação da pessoa com disfagia por Acidente Vascular Cerebral.

Este é um estudo qualitativo, com uma abordagem fenomenológica e cuja recolha de dados consistirá na realização de uma entrevista semi-estruturada, com duração prevista de 45 minutos, a agendar data e local consoante disponibilidade do(a) colega. A entrevista será gravada, sendo que será mantido o anonimato do conteúdo das gravações que serão transcritas e, posteriormente, inutilizadas.

É livre de desistir da participação no estudo a qualquer momento sem que isso acarrete algum dado ou inconveniente para o (a) colega.

Asseguro a confidencialidade, bem como o anonimato, e o respeito pelos princípios éticos.

Muito obrigada pela sua participação  
Enfermeira Sofia Marreiros Pacheco

Contactos: 917657762

Email: sofia\_pacheco\_@hotmail.com

## **- DECLARAÇÃO DE PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO –**

Eu, \_\_\_\_\_

declaro que tomei conhecimento do consentimento informado referente ao estudo “ Promover para Reabilitar - do processo de disfagia por Acidente Vascular Cerebral à promoção da alimentação – intervenções do Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação” elaborado pela Mestranda Sofia Marreiros Pacheco, e que me disponho a participar no estudo sendo que posso recusar continuar a participar do mesmo em qualquer altura.

Local

e

data,

Assinatura

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## **APÊNDICE VI – ENTREVISTAS**

## ENTREVISTA Nº 1

**Legendas :** I = Investigador

E1= 1º Enfermeiro Especialista de Reabilitação entrevistado

..... – Pausa/silêncio

[...] – interrupção

[] –declaração que não diz respeito à unidade temática

I: Vou-te pedir que comeces por me falar da tua experiência profissional, da tua formação e que me caracterizes também o local onde trabalhas.

**E1:** Pronto, é assim, eu tirei a especialidade há 5 anos, parece que foi há mais tempo, a partir do momento que tirei a especialidade eu estava no serviço de urgência e depois vim aqui para o serviço de medicina...,dentro desta área fiz alguns cursos, não é. Nomeadamente, num doente com AVC que são as patologias mais frequentes neste serviço e... fiz também ....das bandas neuromusculares também, porque controlamos muito a parte do AVC numa fase aguda, embora não coloquemos a nível traumático estas bandas, mas também fiz esse curso. E.... da disfagia, como já disse, da disfagia fiz depois num curso em Lisboa que já foi logo no início no hospital... São José? Epá isto há 5 anos, sim...

I: É possível que tenha sido.

**E1:**... Sim, fiz, foram dois dias e pronto, não houve muita componente prática mas houve a componente teórica, que pronto é uma mais-valia, o facto de nós conhecermos a fisiopatologia e o que é que é esperado num doente neurogénico, porque um doente neurogénico é completamente diferente a intervenção de um doente do foro traumático. E foi esta a minha aposta na área da reabilitação porque era aquilo que tinha contextualizado, segundo aquilo que era esperado no meu serviço, porque ortopedia, por exemplo, não valeria a pena, eu acho que nós enfermeiros de reabilitação dentro de uma vasta área, não é, de intervenções que nós temos acho que temos que dar primazia há aquilo que nós realmente conseguimos trabalhar, não me interessava trabalhar a parte de ortopedia se no meu serviço nunca ou raramente encontro um doente ortopédico, portanto, é mais da parte neurogénica, neste caso é o doente com AVC.

I: Então predomínio dos utentes aqui no serviço de medicina é ao nível de utentes com AVC.

**E1:** É, doentes, são doentes idosos, não é, são doentes idosos, é uma medicina um pouco pesada nessa faixa etária, ronda os 80/85 anos, assim por alto, são utentes dependentes, são doentes que tem muitos antecedentes pessoais e que apresentam uma fase aguda da sua doença ou uma nova doença, e que tenho aqui muitos doentes com AVC naquela fase crítica porque a unidade de AVC só existe em Faro, e só algumas é que tem critérios, ou pelo menos aqueles critérios mais específicos para ingressar nessas unidade. De resto são todos distribuídos pelas medicinas, o que a medicina X [especifica a medicina onde exerce funções] não é diferente de todas as outras medicinas de ter muitos doentes com AVC.

I: Então nota que é uma carência ao nível do Algarve?

**E1:** Muita, doentes com AVC, as primeiras horas são cruciais e nós como enfermeiros de reabilitação, eu implementei aqui um projeto que foi a.... neuroprotecção, a neuroprotecção permite uma vigilância apertada nestas 72 horas dos parâmetros vitais e daquilo que nós conseguimos despistar para proteger, portanto, aquele cérebro, digamos aquela massa neuronal para evitar complicações futuras e haver uma reabilitação funcional muito mais ou muito menos... menos drástica, digamos, capacitar isto nestas primeiras horas vamos proteger aquelas células, aquela área penumbra, antes que ela realmente fique mais afetada e que tenhamos a nível um comprometimento mais acentuado no doente, isto já numa fase posterior, daí ter implementado este protocolo neste serviço.

I: Ok. E a nível de colaboração entre equipa, é a única enfermeira especialista de reabilitação?

**E1:** É verdade, sou a única por enquanto, agora tenho outra colega que já entrou agora neste mês de outubro e irá agora fazer o curso da especialidade. A equipa colabora muito comigo é o elo de ligação, digamos, os meus

colegas são os elos de ligação para comigo no sentido de despistar alguns sinais que eu possa obviamente depois intervir e também colaborar com eles, porque eles depois são aqueles que vão continuar quando me vou embora, porque eu faço de segunda a sexta o meu horário, e eles depois tem que dar continuidade naquilo, na sua área de intervenção ao doente que deixo, portanto, algumas intervenções para eles, nomeadamente, aqui um doente com AVC e na área da deglutição, o risco de aspiração alimentar. Eles para mim são pessoas importantes, eu sem eles também não consigo chegar às 40 camas, não consigo. (1ª fala)

I: Claro. E a nível de formação, a formação que esses colegas tem...

E1: Já fiz aqui várias, desde a neuroprotecção quando implementei aqui o protocolo, foi logo uma das primeiras formações que eu dei, a importância de proteger aquele utente nestas primeiras horas para não haver um comprometimento futuro e depois já dei duas ou três, já não me lembro, na área do risco da aspiração alimentar, a disfagia, portanto, despistar os sinais de disfagia. (2ª fala)

I: Ok.

E1: O que está em curso é um projeto, há uma colega a fazer um mestrado de gestão na unidade de saúde, como é que poderemos nós enfermeiros contribuir para ganhos do utente e ganhos a nível económico também do hospital. Ela com a minha sugestão está a fazer, portanto, a testar esta escala que é a GUSS no sentido depois mais tarde implementarmos a nível do [nome da instituição] em todas as medicinas que será o primeiro objetivo no doente com AVC, embora haja muitas lacunas nesta escala, penso eu, mas pronto. E portanto são projetos que estão em cima da mesa. (3ª fala)

I: Uma equipa que trabalha bastante.

E1: A equipa, alguns, isto é como tudo, alguns fazem com gosto e há outros que não, pronto, há alguma desmotivação no tempo que corremos, compreendo a equipa porque a fase não é fácil para ninguém, mas também se nós não mostrarmos o nosso trabalho, porque às vezes estão lá gestos mínimos, e se nós não mostrarmos que é através daquele gesto mínimo que há ganhos para o utente e para a saúde, também não vamos a lado nenhum. E dentro do projeto de melhoria contínua que é agora preconizado pela ordem dos enfermeiros, que eu sou a dinamizadora deste serviço, portanto já estou a implementar, para além da validação desta escala, também queremos, o nosso projeto é realmente fazer um fluxograma do doente que entra no serviço de urgência que há o despiste dos sinais de disfagia e portanto são reencaminhados para os enfermeiros especialistas para depois termos a nossa avaliação específica e as nossas indicações para nós e para os enfermeiros de cuidados gerais. (4ª fala)

I: Bem, tendo em conta o tema da minha tese, eu ia dar início à questão principal que é, de que forma o enfermeiro especialista de reabilitação avalia, detecta um utente com risco de disfagia ou uma disfagia pós-AVC? E de que forma é que realiza essa avaliação? Quais é que são os cuidados a ter? Que instrumentos utiliza?

E1: É assim, numa primeira fase tem que haver necessariamente uma avaliação neurológica, dentro daquilo que é da disfagia eu utilizo a GUSS, embora não esteja, mas isto é como um instrumento orientador, digamos, da minha atuação, embora como eu já disse não é um instrumento que me dê todas as ferramentas para fazer avaliação de um doente neurológico. (5ª fala)

I: E o que nota que falha?

E1: Noto que falha a parte, por exemplo, a hemodinâmica do utente, acho que é importante, o doente tem que estar estável hemodinamicamente, para percebermos obviamente se esta parte ou esta falha dos sinais vitais possa estar a interferir, portanto, na colaboração do utente, basta por exemplo, uma frequência respiratória de 22 /23 ciclos ou mais, que vai haver a nível alterações entre inspiração e expiração, e fazer, portanto, a tal apneia para deglutir, isso já é um sinal de gravidade para mim e que não está incluído, por exemplo, neste instrumento de avaliação que é a GUSS. Portanto, a parte da hemodinâmica é importante assim como a parte neurológica, já que estamos a falar dos doentes com acidente cardiovascular cerebral, a parte motora, a parte sensitiva, até que ponto eu tenho que colaborar ou tenho que fazer um treino exaustivo, independentemente de entubar ou não nasogástricamente o utente, mas portanto treinar estas primeiras alterações também para depois permitir me nesta fase aguda, se é um utente que vai precisar de uma sonda nasogástrica a médio ou a longo prazo, e portanto isto é uma falha que existe

neste instrumento de avaliação da deglutição [ interrupção por elemento da equipa de enfermagem para esclarecimento de dúvidas] ... pronto, e esta parte que eu estava a dizer da parte neurológica, era não era? (6ª fala)

I: Sim...a nível sensitivo e motor.

**E1:** Exatamente, para avaliar os pares cranianos e esta Guss não está, não há uma avaliação direta que me permita portanto depois aferir qual é ... a conduta que eu posso tomar ou quais são as intervenções que posso levantar para aquele utente. (7ª fala)

I: E a nível dos pares cranianos, quais são os pares que avalia e como faz essa avaliação?

**E1:** Olha os pares cranianos são 6, os que estão diretamente ligados com a parte da deglutição, desde o trigémeo que faço com o teste, ou com o dedo ou com algodão ou com uma compressa, cotonete no meu serviço existe mas é uma coisa rara, portanto faço avaliação motora do sorriso, da sensibilidade se ele sente, depois faço avaliação do par facial, que me permite perceber a sensibilidade, a degustação e mesmo a mobilidade para a apreensão alimentar, mesmo o apertar a colher ou a espátula, uso muito a espátula aqui, é um dos primeiros, o primeiro material que eu utilizo, depois avalio a parte do nervo vago que é o reflexo de vomito, normalmente eles tem reflexo de vômito íntegro, e depois também o glossofaríngeo e a parte do hipoglosso, que é a parte motora da língua, sensitiva, parte posterior que utilizo a protusão da língua, o facto de deitar a língua cá para fora, de ver o desvio da língua, o palato, a forma do palato... agora não me ocorre aquela coisinha que temos lá atrás [ aponta para a garganta e refere-se à glote ], não me ocorre o nome, a vibração, não me ocorre o nome, se há desvio ou não, e isso permite-me logo perceber se pode haver um acumular de alimentos entre um vestibulo da boca ou então mesmo na parte da protusão do alimento para permitir a deglutição, faço com gelo, um gelo de ice-tea ou de limão..... e com a espátula, fazendo, portanto, pressão em vários locais da boca. (8ªfala)

I: Quais é que são os sabores que utiliza mais para fazer esta avaliação?

**E1:** Aqui é assim, normalmente o açúcar e o sal, eles não estão muito recetivos para estes dois sabores, qual é o sabor que eles tem mais reflexo ou aqueles que me permitem a mim perceber se existe logo um reflexo com o contacto, é com o ice-tea de limão, às vezes é mesmo o limão e a laranja e o gelo, o gelo que é parte do frio, o táctil e o térmico permite-me perceber se realmente se eles reagem ou não. Se eles não reagirem então está fora de questão começar alimentá-lo por via oral. Portanto, isto são os pares cranianos que eu faço esta avaliação, portanto à parte da simetria, paralisia facial, etc, é isso que depois eu percebo, portanto, o apagamento do sulco nasogeniano, a pálpebra mais baixa, portanto é tudo isto que eu faço avaliação do doente com AVC que é previsível, portanto, que tenha alterações. (9ªfala)

I: Então numa fase inicial faz esse tipo de avaliação a nível neurológico, a nível de sensibilidade, motricidade, cognitivo e do estado de consciência.

**E1:** ... que normalmente para alimentar, ou pelo menos as guidelines que nos dizem, é que o doente não deverá ter uma escala de glasgow inferior a 13, tem que ser superior, para portanto um doente desperto, um doente colaborante que me permite, portanto, aferir se existe realmente uma disfagia ou não, ou então por exemplo, pode haver uma componente de outra ordem que não seja a neurológica, que é aquilo que eu estou a despistar. (10ªfala)

I: Numa fase seguinte após detectar que o utente apresenta disfagia como planeia a sua intervenção, quando é que faz essa avaliação, em que momento?

**E1:** É assim, numa primeira fase, é este fluxograma que é o tal projeto que nós queremos no futuro, é que o enfermeiro generalista detecte, independentemente de eu não estar no serviço, porque eu não faço fins-de-semana, nem tardes, nem noites, detecte estes sinais e que direcione para mim depois de fazer a validação. Numa primeira fase, eu nem posso dizer que haja uma disfagia, tenho que perceber se existe risco de aspiração alimentar, porque às vezes não é necessariamente uma disfagia, portanto, o risco de aspiração alimentar é como lhe disse no início é o facto de haver aqui alterações hemodinâmicas, certo. Haverá risco, não quer dizer que haja uma disfagia, basta uma incoordenação entre a respiração e a deglutição para me permitir que exista risco

alimentar, normalmente só numa fase posterior é que eu às vezes levo alguns dias, dois dias para perceber se há risco de disfagia ou não, porquê? Já tinha um doente mais estável da parte hemodinâmica, da parte também neurológica, não é, porque já começo a ter sinais ou não de comprometimento neurológico e aí sim vou ver se há disfagia ou não, porque no início é mesmo risco de aspiração alimentar. (11ªfala)

I: ok

**E1:** É aqui que eu tenho que proteger um pulmão, e tenho, que é o primordial, não é, uma pessoa com AVC, costumamos dizer que não morre do AVC normalmente é dos efeitos secundários, a parte respiratória, a parte da infeção urinária, etc, etc, a sépsis que muitas vezes se instala posteriormente. (12ªfala)

I: Então numa fase em que detecta que o utente, não tem só o risco de aspiração, mas tem também uma disfagia, qual é a sua intervenção?

**E1:** A minha intervenção depende de portanto do comprometimento neurológico e da capacidade do doente se alimentar e hidratar sem recorrer a uma sonda. Se eu tenho um utente que até se alimenta e hidrata por via oral e tem um aporte nutricional diário que permite, obviamente, manter este tipo de situação, não se entuba, mas se mesmo que seja moderado esta disfagia e haja um comprometimento nutricional é preferível entubar este utente mas nunca deixar de trabalhar com utente com sonda nasogástrica. (13ªfala)

I: ou seja, ao nível da estimulação...

**E1:** ... exatamente, estimulação tátil e térmica, o posicionamento da cabeça que normalmente nesta fase aguda não temos muitas mais outras intervenções ligadas à disfagia, aquelas técnicas e manobras mais complicadas que precisam da colaboração do utente e ele não me dá essa colaboração, vou começar pela inclinação da cabeça, o desvio da cabeça e pela parte da alteração da consistência alimentar. (14ªfala)

I: Com o recurso ao espessante de acordo com o que vem preconizado na escala GUSS?

**E1:** Exatamente, aqui na escala GUSS, esse já é numa segunda fase de avaliação que é a avaliação direta de deglutição. Se eu consigo passar a primeira fase em que inclui todas a vigilância do estado de consciência, a sialorreia, o facto de ele colaborar diretamente com a tosse, quando realmente produz a tosse e a mudança vocal, se eu não tenho estes parâmetros de alarme eu passo para essa avaliação direta que é já com a alimentação. E eu gosto particularmente desta escala porque ao contrário de muitas outras escalas esta começa com um alimento de consistência pastoso, certo, e outras escalas começam com um alimento de consistência líquida. Se eu tenho um utente com alteração da sensibilidade de um dos vestíbulos da boca é previsível que ele não sinta ou não tenha uma grande predisposição ou sensibilidade para um alimento líquido. Portanto esta escala permite-me trabalhar logo com um alimento pastoso, ou seja, a nível de sensibilidade é mais fidedigno em controlo também da parte alimentar, a nível oral também não há o risco da queda involuntária, e porque depois possa trazer logo complicações respiratórias. Portanto, esta já é na segunda fase. (15ªfala)

I: Falou-me agora da questão da mudança vocal, que alterações é que detecta?

**E1:** É assim, a alteração ou mudança vocal temos que perceber, daí o estado de consciência, ser importante o utente tem que comunicar connosco, tem que colaborar com algum teste, o facto de dizer "Ahhh" (limita onomatopeia), o facto de ele depois também quando eu faço o teste da deglutição, eu comparar o antes e comparar o depois de ele deglutir. E esta alteração, esta qualidade vocal permite-me perceber se existe ou se fica algum resíduo do alimento ou secreções ou saliva, o quer que seja, portanto a nível da parede da faringe, o que é um risco e segundo aquilo que está descrito na evidência científica, é um risco que haja, portanto, risco da aspiração alimentar. (16ªfala)

I: Então posteriormente esta avaliação quando é detectado o utente com disfagia, que é feita por norma, costuma ser feita numa fase inicial pela Alexandra, num momento da refeição do almoço, por exemplo.

**E1:** Sou eu que dou, e que deixo algumas dicas, algumas intervenções para o enfermeiro generalista dar continuidade naquilo que ele pode colaborar. Se não é da competência dele e não deverá ser o enfermeiro generalista a fazer, portanto a continuidade dessas intervenções, será, portanto, apenas alimentado pela sonda. O que seria benéfico haver mais enfermeiros de reabilitação, não é, para dar continuidade de uma forma mais assídua, porque não é numa manhã e depois na outra manhã, depois sábado e domingo e ou um feriado que, entretanto, haja pelo meio, pois não existe continuidade de cuidados específicos e especializados. (17ªfala)

**I:** E aqui no serviço há articulação com terapia da fala?

**E1:** Já tivemos, só que depois deixamos de ter, contenção de custos não sei. E enquanto tivemos articulávamos muito bem, eu trabalhava e continuei a trabalhar a parte do risco de aspiração alimentar e disfagia, e ela trabalhava mais com exercícios orofaciais, a parte muscular, porque eu era necessária, e havendo tão pouco enfermeiros, que sou só eu de enfermagem de reabilitação, eu portanto fazia logo os primeiros riscos ou sinais de gravidade, e ela trabalhava, posteriormente, a parte muscular com estes utentes. Os doentes acabam por ter alta de uma forma, não ficam aqui semanas, muitas semanas ou obviamente também não é isso que preconizamos, o objetivo é fazermos esta articulação multidisciplinar no sentido de dar depois uma resposta pós-alta e dar continuidade numa unidade de cuidados continuados, quer ela seja de convalescência, ou então uma média. (18ªfala)

**I:** A nível da família, a família é incluída neste processo, desde o início, é incluída numa fase mais avançada, isto é, tendo em conta que deste o início preparamos a alta do utente, de que forma é que a família é incluída neste processo?

**E1:** A partir do momento que o doente entra no serviço a minha preocupação é conhecer o utente, conhecer o estado atual e perceber no futuro o que é que poderemos, qual é a resposta que podemos dar, obrigatoriamente tirei que fazer logo a ponte com assistente social, não é, a assistente social vai se ocupar dessa parte familiar ou do cuidador mais directo, no sentido de ele ir para casa ou então perceber a evolução do utente no sentido de dar uma resposta numa unidade de cuidados continuados. A família numa fase precoce tem pouca intervenção numa fase aguda, será mais no sentido dos sinais de alerta ou então explicar porque é que o doente tem que ser entubado nesta primeira fase, não quer dizer que depois posteriormente não seja extubado, porque um doente entubado não necessariamente será para toda a vida se houver esta continuidade de cuidados, e nesta primeira fase, é uma fase mais de dar conhecimento à família, informar o porque de ele estar assim e qual é o projeto que nós temos para ele. Portanto, se eu poder colaborar obviamente, imagine que o doente foi entubado, obviamente temos que dar os ensinamentos, fazer os ensinamentos sobre a sonda nasogástrica e das intervenções que eles têm que fazer para prevenir outras complicações. Se o utente tem uma estratégia ou uma intervenção que não seja ou que não é a sonda nasogástrica, estes utentes normalmente não vão logo para casa. Vão para uma unidade de cuidados continuados e acho que sim, que nessas unidades são importantes ter uma intervenção mais, serem mais eficazes com a família no sentido, imagina aquela estratégia de uma determinada técnica, de uma determinada postura para aquele utente conseguir alimentar-se e hidratar-se, não necessitar da sonda nasogástrica, talvez nas unidades de cuidados continuados, talvez seja o sítio mais adequado para haver essa intervenção mais intensiva do familiar. Embora a gente também envolva nos cuidados agudos mas não é com, portanto com, porque entretanto utente também vai ter alterações ao longo deste processo de saúde-doente, não é. (19ªfala)

**I:** claro.

**E1:** E algumas adaptações terão que fazer, é mais só nesse sentido. (20ªfala)

**I:** A nível das técnicas, quais são as técnicas mais utilizadas para a promoção da alimentação para quem tem disfagia?

**E1:** Aqui são muito básicas, muito básicas, gostaria de aplicar a técnica de Masago, a técnica supraglótica porque provavelmente iria ter outros efeitos, com tudo devido à faixa etária dos utentes, devido aos antecedentes pessoais que tem uma carga muito pesada de doenças, desde insuficiência cardíaca, desde os DPOC que também depois trazem algumas alterações hemodinâmicas do utente, mesmo que seja às vezes esporádicas, aqui no meu serviço é a técnica de postura do doente, daquelas que eu consigo aplicar, desde estimulação tátil e térmica, alteração dos sabores, não consigo fazer ainda a parte do reforço muscular, o trabalhar os músculos faciais, isto para mim não me

traz logo, acho que será numa fase mais crónica, não numa fase aguda. É portanto na técnica da postura, a técnica da inclinação da cabeça e do desvio da cabeça, e estimulação sensitiva/motora apenas, devido a estas particularidades dos nossos utentes, não consigo mais, porque não são doentes novos, não são doentes jovens, são doentes numa fase aguda é muito complicado. (21ªfala)

I: A nível de equipa nota que às vezes exista algumas ideias pré- concebidas de, por exemplo, a nível da hidratação ou a questão do hidratar o doente com recurso à palhinha...

**E1:** Ainda existe muitas falhas. Ainda existem, ainda não estão muito despertados para estes cuidados, ou porque o rácio do enfermeiro/utente fica aquém daquilo que era preconizado. Isto exige alguma atenção, exige algum tempo com tudo não quer dizer que não o possamos aplicar, mas ainda também não existe esta predisposição para fazerem ou para estar atentos, a palhinha não se deve usar ou a palhinha deve-se usar, pequenos volumes com a seringa sem recorrer a um espessante, ou então recorrer mesmo ao espessante. O normal é colocar logo o espessante, o que já não é mau pelo menos estamos a proteger qualquer coisa, porque antigamente "ah ele tosse mas ele limpa", entretanto já entrou alguma coisa na via aérea, o espessante é o mais usado. Outras técnicas, não. Isso fica para nós, enfermeiros de reabilitação. Insistir e persistir é a nossa função também. (22ªfala)

I: Então a nível de, tendo em conta que estes utentes estão neste momento a vivenciar um processo de transição de saúde/doença de que forma é que considera que o enfermeiro especialista de reabilitação a intervir especificamente nesta área pode contribuir para a melhoria da vivência desse processo?

**E1:** Identificando os problemas nós deveremos encontrar uma solução para o problema, minimizar, não digo resolver, não podemos resolver, não é, porque o problema está instalado e nós sabemos que as sequelas por vezes são persistentes, não é, são permanentes, nós temos obrigação de identificar o problema e depois encontrar uma alternativa para contornar o problema. O que é que acontece, aqui é ensino das técnicas, é incentivar o utente a utilizar aquilo que ele pode utilizar ou que é mais funcional e pedindo também a colaboração da família embora, como eu já disse, a família nesta fase aguda devido também ao período de internamento ser curto e devido a ser uma fase mais aguda e activa da doença, portanto será depois trabalhada na outra fase da continuidade de cuidados. Aqui nós temos obrigação de encontrar respostas ou alternativas para aquele utente viver com aquela incapacidade mas adaptado, portanto será essa a nossa função aqui numa fase aguda, identificar também para depois reencaminhar para outros profissionais quando numa fase aguda nós não conseguimos dar essa resposta. E no hospital temos muita falta de material, embora muitas coisas também não necessitam de material, mas sim do ensino, coisas simples que fazem a diferença que eles podem adoptar no domicílio. (23ªfala)

I: Como por exemplo?

**E1:** O facto de usar a boneca, falando da disfagia, usando a boneca, usando o gelo, dentro de essa boneca, hidratar o utente, manter o sabor, mesmo que ele coma com uma sonda nasogástrica, dar o potencial num futuro e esse futuro, às vezes, não é assim tão longínquo, dentro de semanas de ele começar a comer por via oral. E às vezes a higiene oral que é muito descuidada num doente com sonda nasogástrica é primordial para que ele coma num futuro, manter o sabor, manter os reflexos, manter o prazer, aquela boca limpa será o primeiro ensino que eu farei a uma utente quando o utente irá para casa com uma sonda nasogástrica e foi entubado no meu serviço. O facto da estimulação tátil e térmica é fundamental desde utente, e eles adoram, eles adoram! É um gesto simples, mas que faz a diferença. Já extubei um utente com 20 anos de entubação aqui neste serviço. (24ªfala)

I: É muito bom!

**E1:** Foi logo um dos primeiros resultados quando cheguei aqui ao serviço e era um doente já nosso conhecido, vinha aqui muitas vezes ao internamento, e para mim foi muito bom, muito bom, 20 anos entubado. Muito bom mesmo e a família então pensava que isso seria impossível, também era a parte psicológica. (25ªfala)

I: Também é muito importante.

**E1:** Exato. É ouvir a família, é ouvir o utente e se o utente colabora, para nós é meio caminho andado. (26ªfala)

I: Então a nível do que já me falou e das dificuldades que sente também a nível dos recursos humanos, que neste momento são escassos. Como é que perspectiva também a continuidade dos cuidados nos dias em que cá não está? Nomeadamente, nas tardes, nas noites, nos fins de semana...

**E1:** É o mínimo. (27ªfala)

**I:** ...É investindo na formação dos colegas?

**E1:** Faço formação, faço formação contínua aqui mas isso, às vezes existem pessoas um pouco renitentes porque há falta de tempo, à falta realmente de disponibilidade para prestar esses cuidados que poderiam ou gostariam de dar, mas o facto é que fica muito aquém, não conseguem, ficam, não digo abandonados, mas tudo resto fica em stand by até nós chegarmos outra vez, lógico que no fim-de-semana nós sentimos algumas regressões dos utentes. Na segunda-feira sentimos logo que foi o fim de semana, mesmo da parte da fisioterapia, sinto logo os utentes mais... regridem na sua parte funcional, e eles próprios estão desmotivados porque há uma quebra, alguns ficam muito desmotivados. (28ªfala)

**I:** E a nível da família esta parte da continuidade dos cuidados, imaginando que eles regressam ao domicílio será na parte do investir na formação, no ensino à família.

**E1:** Nós temos aqui um projecto que já está em curso que é o grupo de apoio à família, neste grupo de apoio à família que fazemos mensalmente, inclui enfermeiros de reabilitação, enfermeiros de cuidados gerais, assistente social e o fisioterapeuta, nós fazemos dois dias de formação, dois dias mas duas horas no primeiro dia, mais hora e meia no segundo dia, nós fazemos estes ensinamentos de uma forma geral e abrangente, e depois de uma forma particular fazemos com os utentes, no caso de eles estarem aqui internados, e fazemos com eles, portanto com o utente na unidade do utente. Mas também temos este grupo de apoio à família que já funciona há dois anos e temos cuidadores que tem aqui doentes internados e temos cuidadores que muitas vezes prestam cuidados na comunidade, porque pronto a gente sabe que há utentes que estão no seu domicílio e que são apoiados por outras pessoas que não tem formação, e nós damos essa oportunidade a essas pessoas de virem cá, e também tirarem dúvidas, fazerem questão, nós fazemos sempre a componente prática aqui em laboratório.... (29ªfala)

**I:** ou seja, ao nível das técnicas.

**E1:**... Colocamos a cama, o posicionamento, por exemplo, do doente com AVC, qual é o posicionamento, qual é a técnica, por exemplo, da sonda nasogástrica, o que é que devemos fazer, os cuidados que envolvem, portanto, este dispositivo, desde a sonda vesical, desde a transferência da cama para a cadeira, e desde os recursos que também existem na comunidade que eles podem ir ao centro de saúde ou não, usufruir. Portanto, nós também temos este, que à bocado também esqueci-me, mas também temos este projeto em curso à mais de dois anos. (30ªfala)

**I:** A nível, por exemplo, mais específico para a disfagia que sinais e sintomas de alerta, por assim dizer, são explicados à família? De que forma é que...

**E1:** A tosse é muito fácil... é uma coisa que a gente vê logo, certo, às vezes eles comem quase deitados, e pode-se minimizar levantando uma cabeceira ou então pondo almofadas e sentá-lo. A postura do utente! Nós alertamos logo para a existência da tosse involuntária, obviamente que não é voluntária mas é involuntária quando estão a beber ou a comer, esse será um dos sinais que podem levar a disfagia ou ser risco de disfagia e também ficar sempre alimentos na boca, não conseguirem limpar mesmo deglutindo, ficar sempre alimentos na boca, estarem sempre constantemente babados, a sialorreia, não é, são estes sinais que, os mais evidentes que eles podem dizer "ah mas então ele tem isto há quanto tempo?", então mas isso é um risco realmente, por isso é que ele trouxe complicações respiratórias, por isso é que ele agora está internado com uma pneumonia, ou isto ou aquilo.

Portanto, isto são os sinais que a família pode evidentemente nos dar o feedback e para nós percebermos o porque das pneumonias de aspiração que são muitas. (31ªfala)

**I:** Ou seja, então considera que a intervenção de um enfermeiro especialista reabilitação nesta área traz ganhos, quer para a pessoa, para o utente, família, como para as instituições?

**E1:** Muitos, é curioso porque eu quando vim para o serviço de medicina não fui logo como enfermeira especialista, fiquei nos cuidados gerais e ao fim de, salvo erro, de

6 meses fiquei só com esta componente, e fiz um estudo da minha intervenção nos meus primeiros 6 meses comparativamente com os 6 meses sem a minha intervenção, e o que é que eu descobri, de uma forma... não foi um estudo exaustivo, foi mostrar que evidentemente o enfermeiro tem aqui algumas, uma mais-valia, não só para ganhos

do utente como ganhos a nível económico. E tive resultados, acho que até eu fiquei surpresa, porque realmente pensei que era menos, e fazendo uma comparação dos utentes que estavam com sonda nasogástrica e saíram daqui com sonda nasogástrica, sem haver uma intervenção específica, e depois com a minha intervenção nesses 6 meses, em termos de material poupamos ao hospital 3500€, só...[\(32ªfala\)](#)

I: que é bastante.

**E1:** ... Não contando com as alimentações entéricas e não contando com a qualidade de vida do utente, porque isto é muito importante, o utente que vai mal preparado, uma família que vai menos informada, a agudização é iminente, e recorrer novamente ao serviço de urgência é mais que obvio, isto não contando com esta componente da qualidade de vida, só mesmo em material. Fiz contas ao material que poderia ter gasto nestes 6 meses sem a minha intervenção. [\(33ªfala\)](#)

I: O que é muito bom!

**E1:** Muito bom, mas é nisso são pequenos gestos que nós fazemos a diferença. Muitas vezes pensam, “ah mas não é nada”, é, e basta juntar no dia a dia fazer um pequeno...., juntar, juntar mesmo a informação daquilo que nós fizemos para depois mostrarmos que realmente faz toda a diferença, a ver aqui neste, eu apresentei este resultado no auditório [do Hospital onde exerce funções] juntamente com a terapeuta da fala, foi no âmbito de uma formação de uma ação clínica que houve, e eu mostrei e ficaram todos maravilhados, e o fisiatra [menciona nome do médico] até verbalizou na sala “Epá temos que ter mais enfermeiros de reabilitação, temos que ter mais enfermeiros reabilitação nos serviços!”, e é bom a gente ouvir isso! [\(34ªfala\)](#)

I: Claro.

**E1:** Porque eu acho que é isso que nos pretendemos. [\(35ªfala\)](#)

I: É gratificante. A nível das dificuldades que sente, principalmente são a escassez de recursos...

**E1:** Material, os recursos materiais, recursos humanos porque sou a única neste serviço, também não há terapeuta da fala, existe fisioterapia, mas é, portanto uma disciplina completamente diferente e não estão preparados para a parte da disfagia, e essencialmente estes dois aspetos. Mais pelos recursos humanos porque nós podemos fazer muita coisa com pouco material, basta despistar os sinais de gravidade que já fazemos muita coisa. [\(36ªfala\)](#)

I: Também é a estratégia, por assim dizer, que utiliza para contornar essas dificuldades.

**E1:** Para mim a estratégia que eu utilizo é, com aquilo que eu tenho e trago muitas vezes da minha casa, coisas simples, coisas simples não tenho que investir em grandes aparelhos, grandes instrumentos, é algumas coisas que trago de casa, desde, por exemplo, da parte da cinesioterapia respiratória balões, o facto de haver aquelas coisas que as crianças os ventos, cata-ventos, por exemplo, essas coisas trago de minha casa, tudo o que eu tenho da parte da reabilitação respiratória, desde os sacos de areia, os postes diafragmáticos, com os lençóis, com o sacos de areia, algumas coisas que eu também fui comprando numa loja de desporto, obviamente que não tem que ser muito caras, não é, mas pequenos gestos, não é, os limões, os ice-teas, tudo isso sou eu que trago de casa. Pronto, não é um, tudo bem, há um investimento mas não é por ai além, para os resultados também que temos. São gestos mínimos que nós temos ali, e que podemos eu até vou levar, eu então faço isso, não me custa nada. [\(37ªfala\)](#)

I: Falou-me que no serviço tem este protocolo da guss

**E1:** Ainda não está, ainda estamos nesta fase de...[\(38ªfala\)](#)

I: Ainda estão na fase de implementação. Considera que isso, o facto de existir um protocolo no serviço retira alguma particularidade ao cuidado, à pessoa, considera que o cuidado deixa de ser tão individualizado ou não?

**E1:** Não, nós para conhecermos e intervirmos do utente temos que o conhecer na sua totalidade ....é lógico que eu não posso ter dez doentes ao meu cuidado, muitas vezes eu tenho a minha primeira intervenção no utente, segunda e terceira e depois quando o doente está minimamente compensado e tenho outras prioridades porque entretanto entraram outros utentes, eu tenho que estabelecer prioridades, não é aquilo que eu gostaria de dar de uma forma continuada, é naquilo que eu tenho que priorizar face aos utentes que entram e que saem. E aqueles que estão

minimamente compensados nesta fase aguda e que sei que no futuro já estão referenciados por uma convalescência e que vai estar bem entregue, e eu tenho que despistar ou largar aquele utente, entre aspas, para dar prioridade a outro utente. A minha intervenção é, eu para intervir no utente ou para fazer o que quer que seja no utente eu tenho que o conhecer, porque não posso só olhar à parte da disfagia, muitas vezes eu presto a higiene ao utente, e às vezes este momento de intimidade que faço-o todos os dias a um utente, dois ou três, permite-me a mim deixar um pouco mais à vontade depois para trabalhar a parte da deglutição. É preciso também a gente se dar a conhecer e quem eu sou e o que é que eu pretendo, e não é só isto, não é a parte só técnica, tem que haver a parte também de nós, mas não é aquilo

que eu faço de uma forma continuada, é aquilo que eu digo, porque às vezes tenho que o largar, ou tenho que fazer, ou chego lá e faço a parte da deglutição porque já estive com ele dois ou três dias, e depois terei que dar ou priorizar outro utente que entretanto

entrou e eu tenho que ver, isto é uma fase aguda, não é uma fase de reabilitação...(39ªfala)

I: Intensiva

**E1:** ... Exatamente. Nem poderia ser, isso seria uma miragem, nem poderia ser. (40ªfala)

I: Então quais é que considera as vantagens e as desvantagens de utilização de um protocolo, neste tipo de situação ou até mesmo da escala GUSS?

**E1:** As vantagens existem porque para já havendo este futuramente este fluxograma nós somos, nós enfermeiros, onde quer que estejamos somos obrigados avaliar todos os utentes, a partir do momento que existe uma sinalização, que nem sempre, e acredito que alguns serviços ainda não estejam despertos para chamar um especialista, havendo este fluxograma, havendo este protocolo no serviço assim como existem outros, vai nos obrigar avaliar o utente e ao avaliar vai-me permitir identificar e levantar intervenções. E por aí já tenho grandes vantagens. (41ªfala)

I: Uma última questão, considerando durante o planeamento da tua intervenção tu defines objetivos específicos para cada utente, como é que fazes avaliação desses objetivos, se estão a ser alcançadas essas metas, se não estão, como é que são definidos esses mesmos objetivos?

**E1:** É assim, os meus objetivos, e nós utilizamos aqui o programa... estou cansada... [ E1 não se recorda do nome do programa... refere cansaço] (42ªfala)

I: é o cansaço...

**E1:** ... É, nós utilizamos aqui ai... CIPE/SAPE.. nós levantamos as intervenções primeiro numa fase uma avaliação, há muitas vezes fazemos a execução, depois vamos passar para a instrução, numa fase posterior e depois às vezes a colaboração do utente. Com este tipo de passos já percebemos se existe uma evolução ou não, eu faço sempre notas gerais associada às intervenções que são universais, não é, para aquele problema, existe as intervenções universais mas existe sempre uma nota associada, e nesta nota associada permite-me a mim perceber se o doente evoluiu ou não evoluiu. Evoluiu, sim senhora porque depois eu digo o utente fez o desmame do oxigénio, por exemplo, o utente já consegue, mudei a consistência da alimentação para x e para y, ou o contrário se houve uma regressão ou não do utente, o estado de consciência, o facto da mobilidade do utente, a participação da família, se eu já não consigo fazer na totalidade só vou assistir, portanto isto são sinais ao longo dos dias que eu trabalho com os utentes e isto perante as minhas notas que não é um plano de cuidados puro ao qual fui habituada ainda na minha escola, não fazemos isso em papel, mas fazemos isso de uma forma indireta com as notas associadas que são levantadas diariamente, associadas às intervenções, que muitas vezes, damos términos àquela intervenção e levantamos outra, não quer dizer que seja numa fase de ajuda total ou ajuda parcial, ou de pronto, pode haver uma regressão do utente por vários factores, várias variáveis que possam estar a comprometer, mas essa é a monitorização diária que nos fazemos. Obviamente temos a percepção no dia da alta como é que o doente vai, qual foi o bolo ou as intervenções todas que tivemos para aquele utente. E da forma como ele se sente na alta, às vezes não é aquilo que nós gostaríamos. (43ªfala)

I: Pronto E1 já está, muito obrigada.

## ENTREVISTA Nº 2

**Legendas :** I = Investigador

E2= 2º Enfermeiro Especialista de Reabilitação entrevistado

..... – Pausa/silêncio

[...] – interrupção

[] –declaração que não diz respeito à unidade temática

I: Bem, dando início à nossa entrevista, como é que realiza avaliação de um utente com disfagia pós-AVC, tendo em vista a promoção da sua alimentação e com a redução de riscos para a saúde do utente?

**E2:** A gente usamos um instrumento de deglutição que foi realizado com a terapeuta da fala, uma vez que a gente somos os responsáveis pela admissão do doente. É um instrumento que tanto a terapeuta da fala como nós, enfermeiros, utilizamos para avaliar a pessoa, usamos os dois o mesmo instrumento, com base, é um instrumento que tem a escala de MASA, uma escala que estava uniformizada para a população inglesa e a nível mundial, só que ainda está a ser traduzido para português. E aí a gente avalia, inicialmente o estado de consciência da pessoa, se a pessoa está alerta, se se encontra sonolenta mas com períodos de alerta superiores a 10 minutos, ou então se a pessoa realmente está muito sonolenta, caso a pessoa esteja muito sonolenta, o que é que a gente opta não alimentar PER OS, pondera-se a entubação nasogástrica, reavalia-se às 24 horas e não se vai prosseguir com a avaliação, é uma pessoa típica do estado comatoso.(1ªfala)

I: Então fica em pausa alimentar durante 24 horas?

**E2:** Exatamente, com soroterapias até que a gente possa reavaliar novamente, exatamente. A pausa alimentar, é assim a gente tem é sempre, eu disse que podíamos ponderar a entubação. Se a pessoa, a gente vê que tem um Glasgow muito baixo, não é, a pessoa é entubada e faz alimentação entérica. (2ªfala)

I: Claro, e esse baixo seria um score de?

**E2:** É o estado comatoso...

I: Não há nada preconizado...

**E2:** É o estado comatoso, o que nós, é assim desde que ela não esteja a alerta mais do que 10 minutos, já vimos que é uma pessoa sonolenta, como é uma fase aguda, realmente nas fases agudas as pessoas quando as lesões são muito grandes vêm assim muito, muito pouco comunicativas. No entanto, não é standard caso venha em estado de coma e entubar, está a perceber, porque se for uma hemorragia subaracnoideia, com possível TCE então a gente não entuba. Pode haver alguma fratura, e então na base do crânio, aí a gente não vai entubar, não é. Portanto, lá está, existe uma escala sim, mas há sempre o nosso senso também e o nosso olho clínico a trabalhar, né. O segundo item que a gente avalia é a orientação da pessoa, se a pessoa está orientada ou está desorientada, porque com qualquer escala a gente precisa da colaboração dela para realizar avaliação. Tem uma fase que é empírica, mas há outras partes que a gente precisa mesmo da colaboração dela. E a partir logo daqui começa-se logo a desenhar que tipo de avaliação que a gente vai tendo, se a pessoa está desorientada, claro, eu vou-lhe pedir coisas que ela não me vai realizar, né, e logo a partir daí a avaliação...(3ªfala)

I: ...fica comprometida...

**E2:** Exatamente. O terceiro item que a gente avalia é a qualidade do discurso, o discurso pode ser a afasia, pode ser global, de expressão, de compreensão, independente da zona lesada, se é de Broca ou de Wernicke normalmente, depois temos as disartrias, se é ligeira, se é moderada, se é severa, e se não houver alterações nenhuma do discurso, né. Depois temos o equilíbrio sentado, é o quarto item que a gente avalia, a pessoa a 90º tem que ter o equilíbrio do tronco, caso não tenha, nós temos que arranjar estratégias para realmente, porque é fundamental que a pessoa quando faça o teste da deglutição esteja bem sentada. Portanto, o equilíbrio sentado por ser bom ou pode ser perturbado. (4ªfala)

I: e no caso de ser perturbado?

**E2:** A gente arranja estratégias, são as almofadas, metemos almofadas, metemos uma mesa à frente de acrílico da pessoa para colocar as duas mãos em cima, está a perceber, e temos cadeirões. Embora que, na pessoa na fase aguda à entrada, e esta avaliação é realizada todos os inícios dos turnos, não é só feita da admissão porque a pessoa evolui com muita frequência, para melhor ou para pior, pois, mas existe uma evolução. Então a avaliação é feita antes de se administrar qualquer tipo de alimentação à pessoa em todos os turnos, até que a pessoa já lá

esteja internada. Depois vamos ver, observar as funções motoras, e as funções motoras é a mobilidade da mandíbula, onde nós pedimos abertura e encerramento da boca, onde nós vamos ver se está mantida, se está ligeiramente alterada ou então está severamente perturbada, uma pessoa que não abre a boca dificilmente eu vou conseguir alimentá-la, não é, depois o desvio da comissura labial, eu peço para ela sorrir e vejo se ela tem uma paresia facial, normalmente o que a gente tem é a parésia facial do tipo central, uma hemiface ou da outra. Sendo que, quando vamos avaliar o desvio da comissura labial estamos a falar do lado são, que é o lado que funciona, porque a paresia, né, não funciona, então quando estamos avaliar o desvio de comissura pode ser ausente, não há desvio ou então há um desvio para a direita, quer dizer, que a paresia está à esquerda, se há um desvio para a esquerda quer dizer que a paresia está à direita. Depois nas funções motoras temos a mobilidade labial, ou seja, a gente pega numa espátula e só com os lábios pedimos para a pessoa segurar a espátula, a gente a seguir larga a espátula, a ver se ela, se a espátula fica direitinha, inclusive nós a seguir tentamos puxar a espátula e pedimos à pessoa para apreender bem porque é necessário que a gente quando dá uma colher, uma colherada de comida ela apreenda os lábios e encerre em volta da colher para ficar com o conteúdo da mesma dentro da boca, não é, então é preciso que ela tenha apreensão labial, que também pode ser mantida, ligeiramente alterada, severamente perturbada. Depois temos a mobilidade da língua, tanto externa como internamente, porque uma das estratégias que nós usamos, caso a pessoa acumule comida no vestíbulo é a pessoa ir lá com a língua e vasculhar a comida que se acumula no vestíbulo, umas das estratégias que depois a gente ensina às pessoas que acumulam o alimento no vestíbulo. Depois a capacidade de insuflação das bochechas, a gente pede a elas para assoprar um balão, mas como não deixasse perder o ar, normalmente quando uma pessoa tem uma parésia já bastante grande, acentuada ela ao tentar assoprar abre um escape de ar por ali, pela zona da parésia, e então aí vimos que é uma flacidez a nível muscular e pode inclusivamente ter perda de alimento por esse lado. Depois, sim, sim... (5ªfala)

I: Isso significa que será um risco acrescido na alimentação desse utente?

**E2:** Exacto, exacto porque como os músculos tão flácidos não tem o tônus mantido, ele às vezes, as sensibilidades que vamos falar agora a seguir, ele tem hipoestesia ou analgesia, então já não se sente tão bem, se o tônus muscular já está alterado, então ele pode perder alimento por esse lado da boca e não se aperceber. No processo de deglutição ele pensa que deglutiu tudo mas o que saiu é uma coisa, o que está ainda dentro da bochecha é outra. (6ªfala)

I: É claro, não tem essa capacidade de detectar o alimento que ali fique retido.

**E2:** Exactamente, exacto, a gente quando se alimenta fazemo-lo em apneia, quando a gente pensa que depois do tempo da deglutição vamos fazer o tempo inspiratório, então se ainda temos comida ali acumulada pode fazer a dita aspiração, e a pneumonia de aspiração, está a perceber, depois depende da quantidade de alimento que vai. A avaliação da sensibilidade intra-oral a gente com uma espátula toca na zona posterior da língua, também avaliamos a úvula para ver se tem algum escape, se tem GAG naturalmente, e a gente começa com a espátula na pontinha da língua e vamos andando para trás para ver se ela tem reflexo de vômito e se está mantido, pedimos a ela também para dizer a palavra "A" para saber se a úvula quando sobe, sobe perpendicular ou se tem algum desvio, para um lado ou para o outro que nos indica logo uma parésia das partes moles a nível intra-oral. Naturalmente, que quando esta sensibilidade intra-oral está alterada logo os líquidos tem que ter um cuidado especial porque os pastosos e os sólidos fazem um efeito massa, agora os líquidos não, não fazem o efeito massa então o escape é muito maior, está a perceber, logo está contra-indicado a ingestão de líquidos. (7ªfala)

I: Então à medida que está a realizar esta avaliação, imaginando que teríamos um utente que teria este, um desvio a nível da úvula, seria automaticamente suspensa à administração de água sem recurso a espessante?

**E2:** Exatamente, exactamente, sendo que nós só vamos chegar a essa conclusão quando terminamos mesmo a avaliação, por exemplo, eu agora a seguir vou ver os reflexos, vou ver o reflexo do vômito, o reflexo de deglutição e a tosse voluntária, se ele tiver uma tosse voluntária que permita realmente libertar a via aérea, se tem o reflexo de vômito bastante pronunciado e se o reflexo de deglutição não estiver alterado, nomeadamente muito lentificado, embora o líquido ela possa realmente perder líquido pela comissura, não é, pelo vestíbulo lateral, o tipo de consistência que vou colocar a esse líquido pode ser ou não maior, tem a consistência de néctar, a consistência de cerelac e a consistência de mel, são tipo de consistências cada vez mais acentuadas. (8ªfala)

I: consoante o tipo de gravidade da disfagia.

**E2:** É, exactamente. Isto ainda é o processo de deglutição que a gente tem aqui inerentes. Depois vamos observar a qualidade da deglutição começamos pela saliva, olhamos para a pessoa e vemos o movimento da laringe, o

movimento da laringe é feito com quatro dedos, então nós pedimos para a pessoa com os quatro dedos colocados na garganta, então vimos quando é que o palato sobe, quando é que a cricóide sobe para fazer, empurrar o alimento para o tubo digestivo e depois os dois últimos dedos, vê-se se aquele movimento é o normal ou se está reduzido, se está muito lentificado, isso pode-nos indicar que ele tem dificuldade em deglutir, tem que fazer algum esforço em deglutir, portanto, a consistência também tem muito a ver com isso, também. (9ªfala)

I: E esse lentificado traduz-se em algum timing?

**E2:** A gente vê pelo nosso tempo de deglutição, se eu pedir para você deglutir saliva, você, agora eles realmente têm que fazer muita força, fazem até uma máscara facial para deglutir e, por vezes, eles tentam deglutir e não há movimento ali da cricoide, nem nada, nem do palato então está muito alterado, né. Depois a nível da saliva vimos se ela tem saída pela comissura, se há ou não, a presença da tosse, ou seja, se ele tosse antes, durante ou após, o antes para nós nunca é preocupante, agora se tosse durante ou após a deglutição da saliva quer dizer que houve uma intromissão nas cordas vocais da saliva, e ele tentou libertar a via aérea. Portanto, na deglutição da saliva com tosse durante ou após vimos que está alterada, depois pedimos à pessoa, por exemplo, para dizer que dia é hoje, para ver se a voz está molhada, se a voz tiver molhada, é engraçado parece uma voz que uma pessoa está debaixo de água, ou seja, a pessoa não tem uma voz limpa, parece que está assim meia engasgada, e realmente está, quer dizer que tem líquido em cima das cordas vocais, ou seja, se ele não se apercebe que tem líquido nas cordas vocais, ali é a principal porta de entrada para a traqueia. Portanto, se ele fizer aspiração da saliva, está a perceber, quer dizer que... (10ªfala)

I: poderá fazer o mesmo com o alimento.

**E2:** Exatamente, pronto. Agora a saliva sendo ainda viscoso tem alguma consistência, se ele apresenta voz molhada e tosse durante e após, então os líquidos estão realmente postos logo de parte, e a gente avança logo para um tipo de alimentação em que os líquidos tem de ter já um nível de espessura, ou seja, aquelas três espessuras que a gente, a gente uniformizamos também esse tipo de espessuras, para a toda gente saber o que é que é um néctar, para a gente saber o que é que é um cerelac, o que é que é o mel. (11ªfala)

I: Essa uniformização foi feita com base nalguma quantidade específica de espessante a colocar?

**E2:** É uma colher de sopa, a gente vê assim, a quantidade de espessante colocado, se a gente num copo de 33 ml se puser uma colher de espessante, ele fica logo em consistência de mel. Portanto, a gente tem que ir colocando espessante mediante a quantidade de água que a gente lá tiver, depois metemos um bocadinho, mexemos, vamos vendo, depois vê-se realmente é a tal consistência de cerelac, de mel ou então de néctar. Depois no final desta avaliação vimos se a deglutição da saliva realmente está mantida, se está perturbada ou se está severamente perturbada, se estiver severamente perturbada, é aquilo que a gente quiser, a gente não vai alimentar PER OS, ponderamos a entubação nasogástrica, reavaliámos 24 horas depois e não se prossegue avaliação porque se ele não consegue digerir a própria saliva, não vamos ainda aumentar a consistência de alimento dentro na fase oral, depois não vai conseguir digerir isso, e aumentamos o risco de aspiração. (12ªfala)

I: Fiquei só com uma questão, tinha-me dito que esta avaliação é feita todos dias, no início de cada turno, imaginando que um utente apresenta este risco elevado e é ponderada a colocação de sonda nasogástrica, e há uma reavaliação nas 24 horas, mas isso não implica que no turno a seguir o colega não reavalie...

**E2:** Vai reavaliar novamente, vai, vai reavaliar, a pessoa mesmo entubada a gente avalia a deglutição, para ser se está mantida, se mantém alterada à mesma. (13ªfala)

I: Então, é aplicada a todos os utentes?

**E2:** Sim, sim.

I: Quer esteja entubado ou não?

**E2:** Sim, sim. Depois caso não esteja severamente perturbada a deglutição da saliva, vamos passar para os pastosos. Então os pastosos usamos realmente água esterilizada com a tal consistência, adição do espessante ou maizena, a gente a maizena, apareceu-nos com duas consistências, por cima estava um pouco mais grossa e por baixo estava muito líquida, então a gente preferimos usar a água esterilizada com espessante, é um procedimento que a gente faz dando uma colher e repetindo três vezes, em que colocamos a colher, e a colher que a gente usa é uma colher de metal, colocamos na linha média da boca, em cima da língua, pedimos à pessoa para apreender a colher e retiramos, e depois vamos ver outra vez o movimento da laringe, para ver se ele ao digerir a colher de pastoso dentro da boca se consegue digerir aquilo, se tem saída da comissura labial de algum produto, se tem presença quando tenta deglutir, mais uma vez se for durante ou após, é risco, o que quer dizer que ele está a tossir para libertar a via aérea. Se a voz

depois de deglutir está molhada ou não, e se qual é o número de deglutições que ele realizou para deglutir aquela quantidade que a gente colocou dentro da boca, e vimos se a capacidade de deglutir a consistência pastosa se está mantida, se está ligeiramente perturbada, se está severa. Caso esteja severamente perturbada para os pastosos mais uma vez a gente só reavalia passado 24 horas com intuito, caso a gente o vá entubá-lo depois retirar a sonda, mais uma vez no próximo turno vamos ver novamente se ela já consegue digerir ou não em consciência, sendo que nós temos a percepção que uma pessoa que está entubada tem mais dificuldade em digerir depois também do traumatismo que ela própria causa e pela sensação que a gente tem da sua presença, também lá atrás na laringe, não é. E por fim vamos aos líquidos, os líquidos é a fase mais melindrosa da deglutição, na avaliação da deglutição, é porque logo é feito em duas fases, uma em que a gente dá uma colher de chá de água, sem espessante, repetimos o procedimento três vezes, e vimos mais uma vez o movimento da laringe, se há saída de água pela comissura, a presença de tosse, se ele fica sufocado com aquela quantidade de líquido que a gente colocou, porque às vezes a pessoa quer deglutir mas faz um tempo inspiratório, fica com o líquido em cima das cordas vocais e depois ele quer tossir e não consegue, e fica sufocado, como é uma colher de chá daí a quantidade, está a perceber, a gente depois vê se a pessoa tem, pede para dizer o dia, para dizer o nome, para ver se a voz está molhada e quantas deglutições fez para libertar realmente esse líquido que a gente colocou dentro da boca. Depois, a segunda fase é feita já com uma maior quantidade, damos já um copo de 33 ml à pessoa, vai de 33 a 60 ml, em que vamos ver se a pessoa consegue beber toda a água, se houve presença de tosse durante a ingesta, se há regurgitamento nasal, caso que ela se engasgue, que é uma quantidade já maior, se fica sufocada e se a voz está molhada. Depois aqui nós vamos avaliar se a pessoa, se considera que a deglutição para líquidos está mantida, se sim, se não, ou então se não se tem a certeza. Caso seja não, ou sem certeza todos os líquidos são fornecidos com espessante e reavalia-se novamente 24 horas depois. Depois para os sólidos avaliamos com um bocado de pão ou banana, vê apreensão labial, a capacidade de triturar os alimentos, o esforço ao deglutir, o número de deglutições do bolo alimentar, se acumula no vestibulo ou não, e vamos ver se realmente esta consistência ele consegue ou não, se está mantida ou se está perturbada. Se estiver mantida, nós fizemos exclusivamente para a pessoa com AVC e na unidade AVC uma dieta que se chama "mole AVC". (14ªfala)

I: Dieta mole AVC?

E2: Exatamente.

I: E que consiste?

E2: É uma dieta em que não se dá arroz solto, o arroz vem empapado, não se dá alfaces, nem leguminosas em salada, porque se pode aderir à parte de dentro da boca... (15ªfala)

I: Pela textura?

E2: Exatamente, pela textura, não juntamos duas texturas, a sopa é um creme de cenoura, de legumes, de carne, porque a pessoa pode estar competente para comer uma textura sólida, mas depois pode não digerir o líquido que daí possa sair e engasgar-se, daí não se juntar duas texturas. Logo, os alimentos tipo os citrinos, as laranjas não são fornecidas também, porque temos a textura de mastigar a laranja, só que depois também ao mastigar há libertação do sumo de laranja, temos duas texturas na boca. Depois temos o pudim e a fruta passada. (16ªfala)

I: Relativamente à questão dos citrinos, do que li na bibliografia, muita das vezes é utilizado o recurso aos citrinos para tentar perceber se a pessoa tem presença do sabor, sabor azedo, sabor amargo e também mesmo para realização de algum treino antes do início da refeição, como que para estimulação. Sendo assim, vocês na unidade não utilizam?

E2: Se não tiver qualquer tipo de alteração na deglutição podemos fazer, só que não vem citrinos para a unidade. Vem água, está a perceber, e inclusive nós temos normas muito rígidas, as pessoas não trazem nada de fora, trazem só água engarrafada, não trazem alimentos, não trazem nada, se a gente quer estabilizar a pessoa em 24, 48 horas, tem que dar hipóteses para tal daí alimentos dos exterior só entra água engarrafada, a gente não tem água engarrafada para as pessoas a gente temos vinda do laboratório, pronto, é igual mas, preferencialmente, pedimos água engarrafada, depois vimos se a pessoa realmente tem a dentição adequada para alimentação ou então se usa prótese dentária, que a pessoa às vezes como vem da urgência fazem o espólio e tiram as próteses às pessoas, e a pessoa pode não ter alteração da deglutição mas se não tem prótese para mastigar, então né, tem que ficar com uma dieta passada, enquanto não vier as próteses, depois passamos para outro tipo, a gente depois no final a avaliação termina aqui é um instrumento que não quantifica numericamente, não temos um score no final para dizer se a disfagia é ligeira, se é moderada, se é severa mas temos os itens que nos dão essa possibilidade, e se a nível

da deglutição for severa ou moderada é uma dieta passada, caso não tolere a passada pronto é entubada. É reavaliada a situação, para ver se há necessidade de entubação, caso não haja alteração, se a dieta, se o déficit for ligeiro, então inicia com “mole AVC” durante 24 horas e depois passa para uma ligeira ou uma geral. (17ªfala)

I: Fiquei só com uma questão...

**E2:** Com certeza.

I: ...quando começou a falar a nível do treino da alimentação na parte dos sólidos, que esse mesmo é feito com recursos ao pão e/ou banana, porque destes alimentos?

**E2:** Porque a gente ao mastiga-los eles não se esfarrapam, você come a bolacha mas você ao mastigar você vai criar pequenas partículas, você pode não conseguir moldá-la toda com a saliva, e ao inspirar a seguir pode fazer aspiração, uma pequena particularidade, inclusive o próprio pão se a pessoa não consegue digerir o próprio pão, a gente envolve-o numa compressa e ela assim já consegue, só para, pronto isto é para ver se consegue realmente digeri-lo dentro da boca, não é, não vamos pedir para engolir com uma compressa. (18ªfala)

I: Considera que este tipo de escala, que no vosso serviço foi implementada, que permite a continuidade dos cuidados, dado que esta avaliação é feita sempre por um enfermeiro especialista de reabilitação.

**E2:** Não, por todos os enfermeiros, o treino depois realmente a nível de sensibilidades e tudo é feito pela terapeuta da fala e pelo enfermeiro de reabilitação. A continuidade do instrumento, o instrumento termina com uma mini-avaliação quando a pessoa é transferida ou tem alta, porque a gente sabe que os colegas não tem possibilidade nos outros serviços de verem toda a transcrição da deglutição, então nós no final do instrumento colocamos, tipo uma versão, mais curta, que a pessoa olha para ali e tem uma ideia generalizada de como está a deglutição daquela pessoa, assinamos, dizemos que tipo de dieta que sai da unidade, a hora e o dia, que também é uma salvaguarda para a gente, porque se a pessoa sair entubada, e se no procedimento de transferência ela extuba-se e chega lá em cima e dão-lhe comida, e depois faz uma pneumonia de aspiração, né, é uma salvaguarda também para a gente. (19ªfala)

I: Quais é que considera, assim as vantagens e desvantagens, ou senão existem desvantagens, na utilização desta escala adaptada?

**E2:** A gente só vê vantagens porque a nível de deglutição, a alteração da deglutição está muito, muito presente na pessoa cometida com AVC, porque como já falamos anteriormente também tem alterações da sensibilidade e todo esse procedimento vai alterar esse processo, e a pessoa nem sempre está com as suas capacidades para ela própria ter a noção de que existe alguma dificuldade ou não, a pessoa não tem consciência dos défices quando entra, então a gente por vezes temos os espelhos, pequenos redondos para confrontar a pessoa às vezes com os défices, nomeadamente com a parésia facial e com a queda do alimento pelo vestibulo lateral, que é para a pessoa ter a percepção que a pessoa realmente está a perder e, então, a gente depois damos, usamos várias técnicas para ultrapassar obstáculos, nomeadamente, ir com a língua e fazer o vasculhamento dessa coisa, dessa zona ou então aumentar o número de deglutições, se aumentar o número de deglutições consegue digerir melhor como o número de quantidade de alimento que a gente mete dentro da boca, não é. (20ªfala)

I: Então passa por aí o tipo de estratégias que utilizam..

**E2:** Sim exatamente, está a perceber, é isto, é muito, embora seja uma escala, mas é muito direcionado para a pessoa que temos à nossa frente, e isto a gente segue realmente mas também há nosso know-how, né, e realmente depois é com a experiência que a gente vamos olhando para uma pessoa e já sabe mais ou menos para que lado é que, que tipo de alteração tem ou não tem. E a pessoa ter essa percepção ajuda-nos logo também no processo terapêutico porque ao ter a percepção dos défices, se você não tiver a noção dos défices eu não lhe consigo instruir nada, nem ensinar nada, porque ela refere que está tudo bem. Agora, se realmente tiver a noção que existe um défice e que precisa de ajuda, eu mais facilmente consigo entrar, está a perceber, nesse processo de instrução e de ensino, de treino também, que é preciso muito treino. Além dos exercícios faciais que a gente depois também faz às pessoas. (21ªfala)

I: Que tipo de exercícios?

**E2:** Existem normalmente, a gente usa nove exercícios faciais, cinco para o andar inferior e quatro para o andar superior, isto dividindo a cara, uma linha média que passa no olho, entre o nariz e os olhos, em que pedimos à pessoa para mandar beijos ou então assobiar, pedimos à pessoa para insuflar as bochechas, isto são as quatro do andar inferior, insuflar as bochechas, e depois o sorrir sem mostrar os dentes e depois queremos que ela mostre os dentes, isto faz uma mímica grande e conseguimos mexer grande parte dos músculos no andar inferior, no andar superior são os outros cinco, a pessoa vai fechar abruptamente os olhos, fechar mesmo com força, vai abrir os olhos

bastante, vai franzir a testa, a gente usa uma estratégia, caso, é elucidativo para as pessoas, caso lhe cheire mal o que é que você faz, então franze a testa, está a perceber, depois temos o piscar o olho porque temos muitas ptoses palpebrais também, e unir as sobrancelhas que é fazer tipo cara de mau, é unir as sobrancelhas, de uma maneira geral são os nove exercícios que a gente faz à pessoa, é uma folha A4 com as faces. (22ªfala)

I: Essa folha é fornecida ao utente?

**E2:** Sim, à pessoa, esteja alterada e instruída ela, quando tem capacidade para realmente ser instruída e também aproveitamos a presença dos familiares. (23ªfala)

I: Então há sempre a inclusão da família neste processo?

**E2:** Sempre, desde que entra o processo de reabilitação é um trabalho de equipa. (24ªfala)

I: Isto é uma questão que não tem muito conhecimento do tipo de tipologia de serviço onde trabalha, a maioria dos utentes como me explicou de início quando tem uma alta, é uma alta, ou seja, acaba por ser uma transferência para outro serviço...

**E2:** Raramente sai...

I: de medicina, raramente há alta para o domicílio?

**E2:** Alta para o domicílio só se sofreu um AIT, um AIT é uma pessoa que tem a sintomatologia do AVC mas que reverte tudo nas primeiras 24 horas, mas se tem a sintomatologia vem para a unidade, né, essas 24 horas tem que passar connosco, depois fica ligado à consulta de neurologia para acompanhamento porque é uma pessoa em risco e com certeza irá fazer um AVC, caso não mude os hábitos de vida. (25ªfala)

I: Há um ensino para o utente e para a família?

**E2:** Exatamente, sempre, sempre.

I: E no caso dos utentes que são encaminhados para os respetivos serviços do hospital também há esse tipo de ensino ao utente e à família?

**E2:** É assim, no serviço de internamento a gente sabe que há colegas com 10 e 17 doentes, por turno, né, a disponibilidade se calhar, com certeza é diferente da nossa, não é. Não tenho conhecimento que haja continuidade dos cuidados noutros serviços porque não temos feedback. Agora, naturalmente uma unidade tem que ser, uma unidade tem que ser uma coisa mais especializada, né, a gente vamos diretos ao foco, a gente avalia a pessoa, usamos escalas para todo o tipo de avaliações e somos muito incisivos naquilo que fazemos, não é. A gente quando faz um treino e instruímos não vamos falar de, por exemplo, de hábitos tabágicos que a pessoa não os tem, pronto, somos incisivos naquilo que, que é para otimizar o tempo que a gente temos com a pessoa. (26ªfala)

I: Que é pouco. À pouco falou-me da questão que é muito importante para incentivar o utente no treino, a questão da confrontação com as suas próprias limitações, de que forma é que então toda a equipa prepara o utente para aquela transição de saúde/doença? Dado que é tudo muito recente para a pessoa...

**E2:** É assim, nas primeiras 24 horas a pessoa não está consciente daquilo que lhe aconteceu, o próprio cérebro também na sua atividade está limitado, está a perceber, depois temos também o local da lesão e a extensão da lesão. Se for no hemisfério esquerdo a pessoa pode estar com a compreensão alterada com repetição, com a nomeação e com a parte motora para falar, se uma pessoa não compreende eu dificilmente consigo chegar lá. Então nós vamos confrontar, como disse à pouco, através do espelho, se a pessoa visualizando se apercebe do que é que está acontecer. E usamos muito espelho, está a perceber, porque às vezes não há forma de a gente fazer entender à pessoa que não está a conseguir digerir o alimento dentro da boca, e às vezes, nem a saliva. E vai logo despertando porque a gente tem a capacidade, neuroplasticidade desde o momento que a gente tem a lesão, e a gente aproveitamos realmente a neuroplasticidade que a pessoa tem e o estímulo, com a nossa experiência quanto mais estímulo a pessoa tiver melhor reage e mais depressa o processo de reabilitação se realiza. (27ªfala)

I: Assim de uma forma mais geral, não é, porque já me tem vindo a responder a diversos tópicos que tenho questionado, perante este utente com disfagia pós-AVC, assim de uma maneira mais sucinta como é que planeia, como é que intervém e depois como é que avalia o resultado da sua acção, ou seja, preconiza determinados objetivos para o treino de deglutição daquele utente como é que acaba depois por validar se terão sido atingidos, se não, que dificuldade é que encontra, como é que ultrapassa essas dificuldades.

**E2:** Exacto. Como existem vários tipos de alteração da deglutição o processo evolutivo, de forma ótima para a pessoa é passar de uma disfagia severa, para uma moderada, para uma ligeira e depois não ter disfagia, no entanto, no tempo que nós temos na unidade a pessoa normalmente, ou sai com uma dieta passada ou sai com a mole AVC, porque se tiver disfagia a líquidos saí entubada, não é por precaução, aliás é para prevenir realmente a pneumonia

de aspiração, mas a gente tem a noção que nos outros serviços não têm a capacidade de realizar diariamente e todos os turnos a avaliação, então preferimos que a pessoa vá com a via área protegida. Usamos sempre o instrumento, instrumento de avaliação usamos todos os turnos, todos os dias, e existe lá no final do instrumento as reavaliações que a gente faz e porque é que mudamos a dieta, ou então porque é que, se mudamos a dieta favoravelmente para a pessoa, se mudamos desfavorável porque houve um agravamento com certeza da pessoa, em que pedimos a colaboração tanto de um médico, como da terapeuta da fala, porque é uma alteração do estado de consciência, pronto e isso requer depois eventualmente os exames de diagnóstico, está perceber, e a gente ainda não consegue realizá-los sem estes profissionais, isto também é um trabalho de equipa, interdisciplinar, né. (28ªfala)

**I:** Então que tipo de ganhos para a saúde considera que a intervenção nesta área específica, no treino da deglutição, se traduz, tanto para o utente, família, como para a própria instituição?

**E2:** Por exemplo, vamos diminuir o tempo de internamento, porque caso uma pessoa faça uma pneumonia de aspiração, vão ser mais antibióticos, mais internamento, e o processo vai reiniciar, sendo com sequelas muito maiores do que aquelas que a pessoa entrou quando foi internada, está a perceber, agora são ganhos para a saúde e são ganhos a nível institucional, porque como somos muito incisivos no tipo de alteração da deglutição, não se desperdiçam, nem alimentos, nem dietas desnecessariamente. E estamos, naturalmente, a trabalhar para o otimizar o estado de saúde da pessoa. (29ªfala)

**I:** Da sua experiência, o que é que considera que a pessoa com uma alteração da deglutição sente como maior dificuldade quando se depara com aquela situação, quando se depara com aquela transição, o que é mais difícil para aquela pessoa?

**E2:** Pelas experiência que nos temos tido, normalmente são os hábitos alimentares, a pessoa está habituada a ter uns hábitos alimentares em que nós vamos dar-lhe estratégias, a pessoa pode gostar muito da sua canjinha, mas a gente pede para escoar o líquido e comer só a massa cozidinha ou o arroz, instruímos de forma que a dieta que faz em casa porque não pode ser personalizada como se faz no hospital, ela consiga adaptar ao seu défice ao nível da deglutição, e prevenir naturalmente a aspiração e a pneumonia de aspiração. (30ªfala)

**I:** Das complicações mais frequentes, até mesmo a aspiração, o conteúdo alimentar e existe mais alguma complicação no serviço que presta?

**E2:** É assim, muitas pneumonias a gente não temos muitas, não é, agora é assim a nível da deglutição realmente a gente temos que estar em sobreaviso porque o estado de saúde da pessoa altera-se de um momento para o outro, porque uma pessoa quando é cometida de AVC, por exemplo, porque é a experiência que eu tenho a pessoa está numa fase aguda e não está propriamente estabilizada, a gente está ali para estabilizar, então a pessoa alterna, durante um turno ou até mesmo um dia, altera muito o estado de consciência, de deglutição e a gente realmente tem que estar muito atentos a isso. Daí a necessidade da uniformização da avaliação da deglutição para que toda a gente realmente faça da mesma forma. (31ªfala)

**I:** Como é que, como enfermeiro especialista de reabilitação, como é que preconiza que seja feita essa aplicação dessa escala pelos colegas generalistas, se há algum tipo de formação, se numa primeira avaliação está presente.

**E2:** Isto foi uma coisa que a gente investimos logo foi na formação, toda a pessoa que vem para a unidade tem logo, quase três ou quatro formações logo instituídas, e o instrumento de deglutição é logo o primeiro. O colega não alimenta ninguém enquanto não tiver, se não tiver já feita a formação sobre o instrumento da deglutição, a equipa é muito versátil, nisso a gente temos capacidade porque temos também implementados noutro serviço também tivemos que fazer formação aos outros colegas com que a gente se deparou depois, para toda a gente, inclusive no serviço de neurologia ter também capacidade de avaliar a pessoa, sem estar com aquela rigidez na unidade, está a perceber. Mas todas as pessoas são instruídas para realizar o instrumento. (32ªfala)

**I:** Uma última questão, a nível das dificuldades que sente no seu dia-a-dia, quais são essencialmente essas dificuldades, se é que as sente, e se sim, que tipo de estratégia utiliza para ultrapassa-as.

**E2:** Exactamente o que nós vimos é que as pessoas às vezes aligeiram a forma como fazem a avaliação, a gente faz isto várias vezes ao dia, durante muitos dias e a pessoa depois, por vezes, assume que já consegue fazer avaliação da deglutição sem olhar para o instrumento, e a gente incutimos de que, se calhar aí podemos eventualmente começar aligeirar avaliação da pessoa e descartar processos que embora sejam pequenos, possam interferir na avaliação e a gente estamos ali todos realmente para otimizar o estado de saúde da pessoa. Portanto, se se gasta mais 5, 10 minutos seguindo o instrumento, é uma coisa que a gente incute e depois, pronto, há

peessoas recém regressadas, há pessoas com 10 anos, há pessoas com 20 anos, e a adesão da pessoa à técnica é muito favorável, no entanto requer uma supervisão contínua também. (33ªfala)

I: E essa supervisão passa por?

**E2:** É sempre formação, pela formação, dar a conhecer da necessidade de realmente realizar a avaliação da deglutição e não deixarmos, porque quanto melhor conhecermos a pessoa melhor conseguimos transferi-la e passae ao colega, da forma como a pessoa é alimentada ou como se alimenta, isto tem tudo a ver com continuidade dos cuidados, o trabalho não se inicia, nem termina na unidade, termina quando a pessoa tiver alta para o domicílio, né, ou para outra instituição. (34ªfala)

I: Dos serviços para onde os utentes são encaminhados, por vezes só existe a solicitação de vos ser pedida ajuda na parte do treino de deglutição, esclarecimento de dúvidas, se existe este tipo de inter relação?

**E2:** Para todos os serviços para onde eles vão tem todos enfermeiros de reabilitação, portanto são todos avaliados no turno da manhã pelo enfermeiro de reabilitação ou à tarde, conforme o horário, está a perceber. E é o enfermeiro de reabilitação que depois instrui em cada serviço os colegas, uma responsabilidade que é transferida depois de mim, na unidade para os colegas. (35ªfala)

I: Numa nota específica?

**E2:** Como disse o instrumento, na parte detrás do instrumento tem uma parte de avaliação mais simplificada, onde este tipo de avaliação, o tipo de avaliação que a gente fez quando saiu e o tipo de dieta que leva, está a perceber, e o colega tem conhecimento do instrumento e a pessoa quando saí, vai, primeiro vai estabilizada, está a perceber, agora, pronto, depois o terapeuta da fala tem conhecimento da transferência desse doente com alteração da deglutição para outro serviço, e o acompanha também no outro serviço. (36ªfala)

I: Então posto isto, considera que o trabalho do enfermeiro especialista de reabilitação ao utente com disfagia pós-AVC que é uma mais valia?

**E2:** É sem dúvida porque nós somos muito criteriosos naquilo que fazemos e como disse a gente usa escalas para avaliar tudo, a gente não inventa, a gente usamos escalas para avaliar tudo e conseguimos quantificar tudo o que fazemos, e sem dúvida é uma mais-valia porque somos a classe que está 24 horas com a pessoa, e se existe alguma intercorrência ou no processo evolutivo da pessoa, é a gente que sabe, portanto a gente tem mesmo que tomar essa responsabilidade de cuidar daquela pessoa enquanto está a nosso cargo, o melhor que a gente sabe. (37ªfala)

I: Agradeço muito a disponibilidade, que foi muito útil

**E2:** Disponha.

### ENTREVISTA Nº 3

**Legendas :** I = Investigador

E3= 3º Enfermeiro Especialista de Reabilitação entrevistado

..... – Pausa/silêncio

[...] – interrupção

[] –declaração que não diz respeito à unidade temática

**I:** Olá [refiro o nome do entrevistado], boa tarde! Pedia que me respondesse aqui a algumas questões relacionadas com o meu trabalho da área da investigação. Como é que realiza a avaliação de um utente com disfagia por AVC com vista a promoção da sua alimentação?

**E3:** Tendo por base os vários instrumentos que nós temos disponíveis, há várias escalas, não as utilizo de uma forma purista, ou seja, vou buscar alguns, algumas componentes, sei lá, da escala de O'neill, da escala de GUSS, uma que apareceu também à pouco tempo a disfagia index [refere-se à escala Dysphagia Handicap Index], pronto, basicamente o que faço é compilar segundo a necessidade que a pessoa tem, ou melhor, segundo as limitações que observo adoptar dois ou três componentes, sigo bastante a escala de GUSS porque basicamente vai-me ser mais fácil depois transmitir a questão para os colegas de cuidados gerais, porque simplifica de alguma forma, mas mesmo a nível das consistências, não é, da alimentação. Um doente com AVC, depois de fazer avaliação neurológica, e sigo, aí sim, o teste NISS - National Institute Stroke Scale - e a partir daí tenho um ponto de partida, e vejo logo através da mímica da face, dos músculos orofaciais da parte da disartria, vejo logo se há alguma componente mecânica ou motora, e sensitiva envolvidas, após isso, faço o teste de sensibilidade, mesmo com uma luva e depois de fazer o teste de sensibilidade, ver quais as limitações a nível motor, e isto de uma forma geral, não estou a dizer que seja, depois tem as especificidades, como digo cada caso é um caso, e se calhar vou buscar um outro componente numa outra escala, numa outra intervenção para adaptar aquela pessoa, sei lá, alguém que tenha uma alteração mandibular, como temos agora, alguém que tenha uma alteração mandibular ou que já tenha tido um AVC prévio ou que já tenha alguma outra limitação, sei lá, uma limitação cervical entre outras, a partir de aí vejo o que se adapta melhor aquela pessoa e passo a fazer isto apenas na avaliação, disseste, não foi? (1ªfala)

**I:** Sim

**E3:** Na avaliação, e depois vou fazendo o teste das consistências e aí sim, pastoso, pastoso líquido e líquido, e consoante a resposta que a pessoa tiver em termos das quatro fases, não é, segundo a GUSS, a oral, ou a oral no transporte faríngea e depois a laríngea, se tiver alguma alteração, auscultando também se há algum escorrimento, alguma alteração ao nível, se deixa algum depósito a nível da cavidade oral, a partir daí depois traço um plano. (2ªfala)

**I:** Ok. Podes-me só explicar melhor ao nível do teste da sensibilidade com luva que falaste, como é que realizas?

**E3:** O teste da sensibilidade com a luva e motora, ou seja, com uma luva vou procurar na língua os pontos em que a pessoa sente mais ou menos da mesma forma ao nível da sensibilidade, procuro ao nível do tronco, a nível da face, procuro os pontos de maior e menor sensibilidade para avaliar o grau de gravidade, não é, também a nível da língua vejo com a luva, às vezes com algo mais áspero, como é... [ (4:48) toca o telefone, E3 atende, pede para esperar um pouco e sai da sala... (entra na sala) 6:54] (3ªfala)

**I:** Estavas a explicar a parte da avaliação do utente com luva.

**E3:** Pronto, a partir daí da mesma forma que tu vês ir progredindo no corpo da língua vendo quais são as partes que estão mais afetadas para depois também direccionar, porque das intervenções que nós temos a nível da linguagem CIP, e a compreensão, ou melhor a articulação com os colegas de cuidados gerais que depois vão continuar o trabalho, nem sempre nós conseguimos ter exactamente aquele resultado que eu estou a prever e que consegui neste turno, e no outro também conseguirão, se não há tempo, se não há disponibilidade, se a auxiliar vai alimentar aquela pessoa, a técnica não vai ser a mesma, eu posso dar uma indicação tem que ser ligeiramente inclinado para este lado, para não haver resíduo do outro lado, tem de ser pausadamente, deixar que a pessoa se tiver que tossir, tosse, depois aguarda, pronto. Todos estes passos que expliquei, às vezes não é fácil, daí haver exactamente a limitação para depois adaptar. (4ªfala)

**I:** Ok, consideras então que é fácil à chegada de um utente aqui ao serviço de medicina perceber se existe uma disfagia, se não, que sinais é que te levam a dizer que aquele utente tem uma disfagia, vais fazer uma avaliação e planear uma intervenção?

**E3:** Se o doente entra no meu turno é fácil, se o doente não entra no meu turno, posso dizer que não é fácil, ou seja, se o doente entrar quando alguém possa fazer uma avaliação criteriosa das limitações decorrentes do AVC, naquela pessoa, sim, por vezes aquilo é percebido, às vezes como um, o doente simplesmente tem um pigarreio e não tem disfagia, está bem, pronto. (5ªfala)

**I:** Ou seja, essa avaliação tendo em conta que és o único especialista aqui, muitas das vezes é feita pelos generalistas?

**E3:** Exato, avaliação genérica, não há outra opção, não, não tem ou então água, normalmente a disfagia por líquidos é o mais, como é que eu hei-de dizer, é o mais evidente, sim. (6ªfala)

**I:** Então quais são assim os sinais de disfagia?

**E3:** Tosse, tosse com líquidos. (7ªfala)

**I:** E para sólidos?

**E3:** Não. (8ªfala)

**I:** Não há nenhum sinal mais direto?

**E3:** Para sólidos, se já tiver para líquidos, também terá para sólidos, certamente. Para sólidos é mais complicado, o pessoal não está preparado dizes para nós ou para pessoas que iram avaliar de uma forma mais, sei lá, mais pormenorizada, só quando acontece, ou seja, o teste será uma refeição. (9ªfala)

**I:** Então todo utente que neste serviço que é identificado com tendo uma disfagia, tu como Enfermeiro Especialista de Reabilitação fazes essa avaliação no momento da refeição?

**E3:** No momento da refeição, para mim no momento em que eu avalio o doente, no seu todo, para alguns colegas de cuidados gerais, provavelmente na refeição. Porque tu tens a recolha de dados, tens avaliação inicial, e avaliação inicial não tem nunca...[efectuada pausa para E3 comunicar com colega] ... a alimentação que, mas alimentação enquanto actividade de vida geral, nutrição, hábitos alimentares de auto-cuidado, comer e beber, basicamente, ou seja, aqui nunca é pedido mais nada e neste momento fazer uma avaliação mais além do que isto implica um maior gasto de tempo e as pessoas já não tem tempo sequer, às vezes, para fazer registos menos para fazer uma avaliação pormenorizada daquilo que é capacidade de deglutição da pessoa. (10ªfala)

**I:** Então sente-se que é uma dificuldade aqui no serviço a questão de alimentação do utente?

**E3:** Sim, sem dúvida, sem dúvida, sim, e que condiciona bastante a prestação dos cuidados e nesta área até, como te disse, até aconteceu um episódio de provavelmente não consegue prevenir. (11ªfala)

**I:** Então é uma dificuldade que se sente na identificação de um utente com disfagia é esta questão de essa avaliação ser feita, muitas vezes, pelos colegas generalistas e por essa questão do tempo?

**E3:** Que não tem, que não tem, como é que hei-de dizer, não tem profundidade para tal, também não lhes é pedido a não ser que houvesse alguma check list com os vários parâmetros que terás que avaliar, a minha avaliação enquanto especialista em enfermagem de reabilitação vai ser mais a fundo, senão não faria sentido, vai ser mais a fundo, e provavelmente vou perceber aquele problema anteriormente, algum evento adverso que possa acontecer. (12ªfala)

**I:** Ok, então aqui no serviço não há nenhum instrumento padronizado para avaliação de disfagia?

**E3:** Não, não. Tipo uma escala de gravidade como tu tens uma úlcera, tu consegues ver, uma úlcera por pressão tu consegues ver, uma plégia, uma parésia tu consegues perceber, porquê? Porque quando estás a transferir o utente de um lado para o outro consegues ver, já consegues, já tinha sido identificado anteriormente, estamos numa unidade de internamento, provavelmente, já identificaram mas se a pessoa tiver em recusa alimentar na primeira refeição é que tu vais aperceber-te disso. Não havendo, sim, nenhum instrumento padronizado que possa avaliar a capacidade ou a deglutição daquela pessoa, se tem disfagia ou não. (13ªfala)

**I:** Consideras que isso é uma mais valia ou uma limitação aqui no serviço, a não existência de um instrumento de avaliação?

**E3:** Ah claro que é uma limitação e, provavelmente, as pessoas iriam atuar com mais segurança mas, agora também, vendo a realidade para fazer isso era um cuidado acrescido, para um colega seria um cuidado acrescido, é verdade. (14ªfala)

**I:** Tendo em conta a avaliação que fizeste inicialmente ao utente com disfagia como é que planeias esse mesmo cuidado, que tipo de intervenções é que planeias, como é que avalias depois a tua intervenção e quais é que são os resultados que esperas com a intervenção enquanto especialista de reabilitação?

**E3:** Basicamente o que é que eu vou fazer é planear a intervenção de maneira a garantir que o cuidado seja continuado, ou seja, eu não posso querer que esta pessoa seja extubada amanhã, se eu não tenho em todos os turnos alguém que garanta os cuidados como eu os vou prestar, ou seja, como um especialista ou com indicações para. Porque basicamente os colegas vão fazer aquilo que é dos cuidados gerais, no âmbito geral, o que é que acontece vou apontar para uma consistência e para duas ou três indicações gerais, faço a estimulação sensorial com a pessoa quente, frio... faço a estimulação sensorial primeiro quente, frio, exercícios orofaciais de mobilidade da língua, mesmo a nível da elevação da glote associando à produção de sons de maneira a conseguir perceber se há algum resíduo a nível da laringe, não é, e a partir daí iniciar com a estimulação sensorial, depois a estimulação, a estimulação com exercícios motores sem alimento apenas tátil ou digital, percebendo se a pessoa consegue empurrar, se a pessoa não consegue empurrar, se a pessoa consegue fazer alguma pressão contra o palato, se a pessoa tem mobilidade a nível de toda a língua, basicamente trabalhar a língua no geral e depois de uma forma muito particular nos movimentos da deglutição, perspectivando as fases da deglutição a partir daí faço um pequeno teste com o líquido, o líquido não dá, e vou solidificando a consistência, até conseguir uma consistência de conforto para a pessoa em que ela consiga coordenar a respiração com a fase da deglutição de maneira a conseguir encerrar a glote e não haver nenhum escorrimento, não é, e se houver alguma posição ou alguma postura da pessoa que facilite e que seja possível, seja fácil de adoptar, explico logo tudo isso à pessoa, está aqui o lencinho (ensino?), treine, ensino, instrução e treino à pessoa, se tiver consciente e colaborante neste sentido, há pessoas que não tem ou tem compreensão alterada, pronto. Estamos a perspectivar além que o máximo, ou seja, alguém que vai colaborar apenas com ordens simples, no cumprimento de ordens simples, porque se for uma pessoa consciente, orientada eu vou explicar-lhes exactamente o mesmo que explicaria a um colega meu para adotar naquela pessoa, não sei se fui claro. (15ªfala)

**I:** Sim, sim. Tens algum tipo de alimentação para a realização de um treino na alimentação ao utente? Algum tipo de alimentação?

**E3:** Ao nível daquilo que é introduzido, daquilo que é introduzido nem sempre é fácil ter aqui alimentos que se houver o risco de aspiração, por exemplos papas de fruta, é muito difícil de conseguir algo que não seja rico em bactérias, se for aspirado, que não te vá criar mais problemas, é mais difícil para mim, principalmente agora, nesta fase, porque pedires uma temporânia, antes havia um contacto mais próximo com a dietista, a dietista servia a refeição, em que provavelmente eu poderia pedir a alguém que fosse buscar uma papa de fruta ou um gelado ou alguma coisa assim. (16ªfala)

**I:** Ok, e a nível do estado geral e de saúde da pessoa, há algum tipo de limitação que te impeça?

**E3:** O estado de consciência principalmente e o estado de consciência relacionado com a orientação/colaboração da pessoa. Porque, muitas vezes, não é tanto a disfagia mas sim a medicação que está a fazer ou as sequelas a nível da atenção com que a pessoa está. (17ªfala)

**I:** Ou seja, é uma avaliação no global da pessoa.

**E3:** Não consigo fazer de outra maneira, não consigo dizer assim, vamos só fazer isto, daí, muitas vezes, só conseguir identificar esse problema exactamente quando faço avaliação. (18ªfala)

**I:** E a nível da tua intervenção que mais técnicas utilizas? Falaste-me já da estimulação, quente, frio...

**E3:** Massagem, a nível dos músculos do pescoço, estimulação dos músculos do pescoço, reeducação funcional-respiratória no sentido do controlo e dissociação dos tempos respiratórios, reeducação funcional-motora, tendo em conta que vamos trabalhar também a parte do tronco, pescoço, cabeça, postura. Nesse sentido, no fundo não é uma reabilitação global é focada naquela actividade de vida ou naquele auto-cuidado alimentar, no entanto vai tocar todas as outras áreas. (19ªfala)

**I:** Ao nível de processo todo, há alguma inclusão da família?

**E3:** Sim, tendo em conta que, os doentes quando saem daqui, a pessoa quando sai daqui no processo de transição para o domicílio espera-se neste processo de transição, normalmente temos dois caminhos, normalmente, convalescência, e vai para uma unidade em que terá reabilitação e aí com acesso a cuidados diferenciados ou já com algum nível de diferenciação, ou vai para casa e isto depende muito da gravidade ou das limitações da pessoa, do nível de dependência da pessoa, a nível da, se por exemplo, se o destino for o domicílio são feitos todos ensinamentos que, se uma pessoa estivesse consciente, orientada e colaborante, são feitos todos os ensinamentos a essa pessoa. Depois ensinamentos e treinos da actividade alimentar, depois estratégias a adoptar no sentido de prevenir reacções ou eventos adversos durante todo o processo, se acontecerem, estratégias que permitam minimizar os danos provocados por uma

potencial aspiração. Finalmente, sinais e sintomas de aspiração e que no fundo sejam alvo de uma vinda à urgência... No caso de ser uma UCC descrição de todo o processo, avaliação, intervenção, resultado e reavaliação no sentido de apresentar, exatamente, o estado da pessoa atual, se for para uma UCC. (20ªfala)

**I:** Então consideras que a tua intervenção enquanto Enfermeiro Especialista na área da Reabilitação traduz-se em ganhos para um utente com disfagia e a melhoria dos cuidados nesta área?

**E3:** Sim, claro, basta ter um cuidado especializado, um olhar mais aprofundado sobre aquilo, sobre aquele aspecto e neste caso a reabilitação que toca todos os aspectos da pessoa, trazer no fundo dar a independência àquela pessoa, se não o nível máximo, de independência possível para aquela pessoa. (21ªfala)

**I:** Como é que de uma maneira geral, falaste à pouco no processo de transição, como é que preparas o utente com disfagia por AVC que chega ao serviço [especifico o serviço onde E3 exerce funções] sendo que será à partida uma patologia e uma condição nova para o utente, será um processo de transição saúde-doença, como é que o preparas neste processo com vista a promoção da sua alimentação e à sua recuperação em geral?

**E3:** Como disse ainda à pouco, nesta fase de transição seja para uma unidade de cuidados continuados seja para o domicílio, identificar previamente todas as limitações com que sai, como vai ficar à saída do serviço, depois de identificadas essas todas limitações ver o contexto em que se vai inserir e a capacidade que as pessoas tem de prestar esse cuidado no domicílio, se for o próprio, se houver capacidade do próprio na aquisição desse conhecimento, capacitar, ensinando, instruindo e treinando a pessoa nesse sentido e depois dando toda a informação, no sentido de prevenir um evento adverso como é a aspiração. Se for o cuidador, dotar o cuidador de todo este conhecimento e validar com ele exatamente esta, sempre disponibilizando o contacto aqui do serviço caso haja alguma dúvida, é difícil porque não abordo exatamente o tema disfagia, mas sim o senhor Manuel o Zé Manuel, o senhor Joaquim, aquela pessoa que tem, esta e esta, limitação e consoante esta limitação no seu dia-a-dia promover todo o processo de independência e no fundo, a cidadania, o exercício da sua cidadania, ainda à bocado falaste da questão das sondas, se possível tirar a sonda, mas se não já prevenir um choque, referir que, arranjar uma estratégia que seja aceite pela pessoa de modo a que perceba, que no fundo será o melhor naquele momento porque, provavelmente, não irá ficar com a sonda muito tempo, também. (22ªfala)

**I:** Então consideras que no facto de no serviço não existir as escalas, como já explicaste e o porquê, que te permite prestar um cuidado, mas individualizado, mais particular para a pessoa?

**E3:** Sempre, aprendi com uma pessoa durante a formação, aprendi com uma pessoa que as guidelines, protocolos, servem a pessoa, e não a pessoa que serve o protocolo, ou seja, as guidelines são linhas guia que me orientam, não traçam o caminho. Quem traça o caminho é a pessoa que é alvo dos nossos cuidados, com é claro, com a nossa ajuda, com o nosso know how e no fundo, conhecimento especializado mas no fundo é uma parceria, e temos as linhas guia, como te disse no início, provavelmente, numa pessoa vou ter de, até ir procurar e pesquisar mais sobre o que é que se fez, num caso em que a limitação era a nível da glote, da elevação da glote, da sensibilidade da língua, da sensibilidade para o frio ou para o quente, dependendo daquilo que é a limitação da pessoa vou adoptar uma ou outra. Agora, considero que para produtivamente é muito mais fácil adoptar um instrumento padronizado que me dê números, não é, exatamente. (23ªfala)

**I:** Ok. Voltando aqui à última questão, na parte da avaliação, como é que fazes avaliação da tua intervenção de um modo geral e como é que identificas se os teus objectivos foram de facto atingidos para aquela pessoa ou não, e no caso de não terem sido atingidos, que tipo de estratégias utilizas?

**E3:** Ok, o meu objectivo é garantir que a pessoa se consiga alimentar naquele turno, inicialmente, e planificar as coisas para aquilo que serão os próximos dias, o próximo no fundo até haver uma consistência a nível daquela actividade, depois de haver duas, três, quatro refeições, no fundo, um dia e meio, dois dias em que não há nenhum evento adverso referido pelos colegas ou presenciado por mim, e isto agora estamos a falar em termos de a minha intervenção, que ao final do turno ou no final daquela intervenção vou verificar que aquela pessoa mantém o mesmo nível de disfagia, mesmo com todo o treino, insisto novamente, mas chega a um ponto em que já não há estratégias não há mais, como é que hei-de de dizer, o leque de intervenções esgotou-se e aquela pessoa tem aquela limitação, se uma pessoa tem uma lesão de uma forma mais simples, de uma forma mais simples de perceber, uma pessoa que tem uma limitação motora e sensitiva a nível do membro e que aquela lesão provocou exatamente o corte completo ou a destruição daquela área responsável pelo movimento e pela sensação, por muito que eu queira, pelo menos por

enquanto, pode ser que venha outra coisa qualquer, mas vou tentar potenciar ao máximo aquilo que é a capacidade da pessoa, hoje pode não conseguir, pode até haver um ou outro episódio referido pelos colegas em que a pessoa teve tosse, ou que tenha tido aspiração é complicado, mas que tenha tido uma pausa, às vezes o que acontece é o aumento de alimentação que não é compatível com a funcionalidade do serviço ou os cuidados para aquela pessoa que tem que ser prestados por aquela pessoa naquele turno, no meu caso vou apressar as coisas e tento que sejam feitas com calma e ao final verifico exactamente a eficácia do reflexo da deglutição, se deglutição, toda a progressão do alimento desde a fase oral até à deglutição completa, até que, e verificar exactamente se não há resíduos, isto de uma forma mais pragmática, não há resíduos, não houve nenhum evento adverso e é consistente. Ou seja, consegui numa taça de fruta, por exemplo, comer a taça de fruta sem, e estamos a falar da consistência pastosa, semi líquido pastoso, então esta consistência é segura, podemos avançar para outra consistência. Vamos avançar para os líquidos, talvez com um pouco de espessante e depois diminuindo a quantidade de espessante. (24ª fala)

**I:** Ok. Está ótimo, penso que não terei mais nenhuma questão, mas qualquer coisa também...

**E3:** Sim, estou disponível se...

**I:** Se não te importes que volte a realizar o contacto

**E3:** Sim, tranquila

**I:** Obrigada pela tua ajuda, pela tua disponibilidade

## ENTREVISTA Nº 4

**Legendas :** I = Investigador

E4= 4º Enfermeiro Especialista de Reabilitação entrevistado

..... – Pausa/silêncio

[...] – interrupção

[] –declaração que não diz respeito à unidade temática

**I:** Olá, muito bom dia [refiro o nome da entrevistada]! Como lhe tinha falado vamos realizar esta entrevista para que possa desenvolver o meu trabalho na tese de mestrado. Como é que realiza avaliação do utente com disfagia por AVC quando este chega ao seu serviço?

**E4:** Ah primeiro que tudo, muitas vezes, é pedido uma avaliação do colega de cuidados gerais para que... [alguém bate a porta e entra na sala, pausa na entrevista] ... pronto, portanto, geralmente, se a pessoa, portanto é um doente novo que entra aqui no serviço, portanto, eu faço durante a passagem de turno consigo identificar facilmente, por exemplo, portanto quanto ao diagnóstico, neste caso o AVC, se tiver portanto de acordo o diagnóstico do AVC, durante a passagem de turno tenho logo que perceber se a pessoa já comeu, se o colega achou que havia alguma alteração ou não. Depois faço então a minha avaliação, é uma área que tem despertado mais atenção e neste momento como enfermeira de reabilitação, porque o entendimento que eu tinha, isto só é possível de entender, quem, portanto o enfermeiro de cuidados gerais e depois faz então a especialidade em enfermeiro de reabilitação. Porque o entendimento é diferente, nós entendemos as coisas, e eu fazendo..., pensando sobre a minha prática antes da enfermeira, de ter a especialidade, noto que a prática realmente é diferente, que neste momento eu estou mais sensibilizada para a área, como é obvio, porque tem competências acrescidas, mas é engraçado eu pensar, como é que eu antes não reparava neste tipo de pormenores, e nesta, e nesta temática. Bom, como nós sabemos o processo normal da deglutição é fundamental para a manutenção da vida, permite-nos garantir o transporte adequado, não é, do alimento evitando que este passe para a via respiratória, portanto, este é o grande objectivo, pronto. Existem muitas alterações no doente com AVC, que é disso que estamos a falar e realmente quando existe uma desordem da deglutição e quando ocorre esta disfagia temos que estar atentos porque este sintoma pode aumentar realmente o tempo de internamento, pode piorar o prognóstico, e isso é realmente a nossa função e é nosso objectivo evitar. A parte da alimentação é um auto-cuidado que é muito complicado para a pessoa gerir e para a família, e isto porquê? É uma preocupação constante. As primeiras coisas que as pessoas nos perguntam, as famílias, como é que a pessoa está e se ela come. É uma das principais preocupações, ela come, posso lhe dar comida, posso lhe dar água. E, muitas vezes, nós temos que estar atentas porque as pessoas querem que a pessoa coma de qualquer forma, e se ela comer um bocadinho, mesmo que ocorra um engasgamento, para as pessoas é bom, porque ela come, ela vai comendo. E aí entra a parte do discernimento, que tenho agora e não tinha antes. Pronto, nós, eu, enquanto enfermeira de reabilitação aquilo que é o meu objectivo realmente é assegurar à pessoa, neste caso incapacitada e à sua família, portanto acções que visem ultrapassar ou suprimir os obstáculos que elas têm, não é, neste caso, a disfagia. Como é que eu faço avaliação? Pronto, é uma avaliação geral, não é, portanto observo a pessoa, tenho em conta o factor idade, não é, nós sabemos que com o passar dos anos, nós vamos perdendo capacidades, portanto a nossa sensibilidade, a nossa função muscular vai perdendo capacidades e os músculos inerentes à parte da alimentação, da mastigação, é obvio que também vão perdendo, digamos, qualidades, portanto temos que ter, o factor idade tem que estar presente. O diagnóstico neste caso o AVC, que tipo de AVC, o estado geral da pessoa, se a pessoa já apresenta sinais, de por exemplo, emagrecimento ou se emagreceu nos últimos tempos, antecedentes portanto a esta situação de doença, as características da respiração, é importantíssimo, portanto as características da respiração, se a pessoa está polipneica ou não, porque muitas vezes não conseguem realizar, portanto a sincronia ou o equilíbrio entre a parte da deglutição e da respiração, portanto existe um risco acrescido aí de a pessoa aspirar. Se existe ou não a presença de secreções, portanto é um dos pontos também importantes. Como é que é a comunicação, por exemplo, se a pessoa tem alguma disartria, a nível da avaliação se têm uma parésia facial, portanto isso pode condicionar, se tem um desvio da comissura, se consegue ou não reter a saliva, ou seja, nós conseguimos logo, portanto, face à observação da pessoa, ver, por exemplo, se tiver um desvio da comissura que a pessoa tem escape, portanto não consegue reter ou deglutir e então a saliva acaba por apresentar escape, portanto isto são todos sinais de alerta. Depois a nível estrutural, podemos ir falando com a pessoa e na nossa avaliação, por exemplo, nessa parte, portanto da parésia podemos, por

exemplo, ver se a pessoa consegue fazer encerramento labial ou não, portanto à partida temos pessoas que, por exemplo, estão sempre com abertura da mandíbula, portanto, não conseguem fazer encerramento labial, muito dificilmente esta pessoa consegue fazer uma boa captação do bolo alimentar para que possa iniciar o processo de deglutição, aí já será um factor de, já sei que aquela pessoa não vai conseguir deglutir e vamos partir para outras alternativas de alimentar. Portanto, a parte dos lábios, consegue fazer fechamento ou não, muitas vezes consegue mandar um beijo ou não, não é. A parte da língua, portanto a função da língua, se tem mobilidade da língua ou não, e com isto estamos à avaliar os pares cranianos, como já se apercebeu, a mandíbula se consegue ter uma boa mobilidade da mandíbula, se tem alguma alteração do palato e aí vamos entrar na parte da fase orofaríngea, portanto as várias fases da deglutição, se consegue, por exemplo, vocalizar o A. É claro que estamos a falar, depois depende da situação, estamos a falar de uma pessoa que não está afásica, não é, pronto. A postura, se consegue manter uma correcta postura ou se tem algum desequilíbrio para a direita ou para a esquerda, se a cervical, portanto, já tem algum tipo de contratura, portanto, isso também pode influenciar o processo de deglutição. O reflexo da tosse, é muito importante, porque muitas vezes a pessoa não consegue tossir, às vezes não consegue tossir ao nosso pedido, portanto, mas tem a tosse reflexa, portanto para que face a um estímulo, só se estiver alteração realmente propriamente, fase a um estímulo ela consegue tossir, mas à partida uma pessoa que nós classificamos, ao fazer o diagnóstico que não tenha o reflexo da tosse presente face a uma situação de má processamento do processo de deglutição ela não vai conseguir tossir, portanto não vai conseguir uma boa protecção da via aérea, portanto à partida será uma pessoa que não deve ser alimentada. E, basicamente, esta é a minha avaliação e consoante a avaliação existem várias orientações que eu posso dar, por exemplo, nós temos um neste momento, porque é uma situação que me tem preocupado, e quando cheguei ao serviço, e aliás em alguns serviços, ou na maior parte dos serviços de internamento qualquer pessoa chega e dá comida. Como eu disse, é uma questão cultural, a pessoa tem que comer para melhorar, qualquer pessoa dá comida, o vizinho do lado, o utente que está na cama ao lado dá comida, vem o familiar dá comida, vem um voluntário dá comida, a própria equipa que não conhece bem a pessoa chega e dá comida, então o que nós fizemos foi uma folha A4 que está na cabeceira da cama e que tem algumas indicações, tipo utilizar só líquidos espessados, pedir colaboração à equipa para alimentação, portanto este tipo de pequenos lembretes, que as pessoas até estão aderir bem, portanto aquilo está na cabeceira da cama, seleccionamos aquilo que nós, aquilo tem outro tipo de informações até, e pronto as pessoas vêm já sabem, aquela pessoa precisa de pedir orientação à equipa de enfermagem sobre a sua alimentação, vem nos pedir e depois nós damos as indicações necessárias. (1ªfala)

**I:** Também para permitirem a inclusão da família nos cuidados?

**E4:** Sim, sim. Há famílias que nos vêm perguntar posso dar, há outras que começam a dar, e temos pessoas, já tivemos situações de doentes com disfagia moderada, que se deve ser utilizado, portanto o líquido espessado, a família não sabe, chega e dá água, e ocorre um engasgamento, pronto, e muitas vezes as pessoas aspiram não é. Portanto, temos este tipo de orientação que acho que foi bastante útil para as pessoas ficarem realmente despertas e para não alimentar a pessoa assim de qualquer forma. Depois, dependendo do tipo de disfagia, não utilizo nenhuma escala, ok, por enquanto, não utilizo. Aliás a escala que eu utilizei durante a especialidade, portanto, foi a disfagia, portanto se tem disfagia, disfagia que é a escala de avaliação da disfagia, é o nome, pronto, leve, moderada, grave e muito grave, pronto. E então eu faço a minha avaliação, deixo as indicações e, basicamente é isto, portanto, neste momento não estou a utilizar qualquer tipo de escala, nem está parametrizado no nosso processo, pronto, qualquer tipo de escala. Existem colegas que utilizam, mas pronto eu não estou a utilizar qualquer tipo de escala e depois basicamente são estas pequenas coisas que muitas vezes marcam a diferença, ou seja, atenção a esta pessoa antes de ser alimentada tem que: ser correctamente posicionada, ou seja, não dar comida às pessoas com elas deitadas, e quem trabalha neste meio sabe que muitas vezes isso acontece. Pronto, portanto, um correcto posicionamento, não é, meio caminho andado, depois se é necessária a utilização ou não de líquidos espessados, porque há pessoas que até tem uma disfagia que não é muito acentuada, não é moderada, mas que conseguem continuar a sua deglutição, fazendo a sua deglutição no processo normal, mas é necessário utilizar espessante. E então passo esta informação à equipa, é colocado o espessante na mesa de cabeceira, é dado o alerta com aquela folhinha que está na cabeceira do doente e toda a gente sabe, toda a equipa sabe que aquela pessoa pode ingerir apenas líquidos espessados, pronto, isto se tiver uma disfagia a líquidos, por exemplo. Muitas vezes quando é uma disfagia grave aquilo que eu sugiro é uma entubação nasogástrica. (2ªfala)

**I:** Que critérios é que considera que a pessoa tem para que seja considerada essa disfagia grave?

**E4:** Então, quando eu estou a fazer avaliação ou estou a fazer o teste de deglutição, pronto, então a pessoa está correctamente posicionada, esta monitorizada com oximetria de pulso, portanto eu tenho que saber quais são as oximetrias daquela pessoa para saber se existe alguma variação durante a avaliação da deglutição, depois já fiz aquela avaliação toda, portanto já sei que a pessoa faz o encerramento labial, se tem o reflexo de tosse ou não. Geralmente início a avaliação da deglutição com água espessada, pronto. Começo por aí, utilizo água espessada, o que é que avalio, a captação, ou seja, se a pessoa é capaz de captar, neste caso o bolo alimentar, não é, se é capaz de fazer uma boa captação, depois qual é o tempo da fase preparatória ou da fase oral, obvio que não estou a cronometrar, mas nós conseguimos avaliar se existe um prolongamento, portanto da fase preparatória, portanto não existe um disparo do reflexo da deglutição, não é, e pessoa está ali com o bolo alimentar na cavidade oral até que inicie a deglutição. Portanto, até que consiga iniciar a deglutição para que haja, entretanto, o disparo do reflexo e que depois se entre na fase faríngea. Portanto se tiver uma fraca captação, uma fase oral muito lentificada, se apresentar escape, portanto se apesar da água espessada a pessoa, por exemplo, não conseguir, portanto, reter o bolo alimentar na cavidade oral e se apresentar algum escape. Elevação da laringe, portanto se existe ou não uma razoável elevação da laringe e com isso sabemos que vamos ter uma protecção da via aérea adequada, se realiza a deglutição e se não tosse, ou se tem engasgamento, pronto. E, ainda, a capacidade vocal após a deglutição, portanto ver se a pessoa tem, por exemplo, uma voz molhada, se tem uma voz molhada eventualmente ela não conseguiu realizar a deglutição na sua totalidade e houve, o conteúdo alimentar que ficou retido, aí pronto se a pessoa fala ou não, muitas vezes peço para a pessoa vocalizar o "i", ou então dizer bom dia, e nós conseguimos aí apercebermos nos se tem uma voz, qual é a capacidade vocal, pronto. Ou seja, se tiver engasgamento, se oximetria baixar, se apresentar escape, se necessitar de dupla deglutição, é sinal realmente que não conseguiu realizar a primeira deglutição, não conseguiu fazer a limpeza correcta da cavidade, e precisa, nós precisamos de lhe pedir uma segunda deglutição. Face a estes critérios, eu sugiro uma entubação nasogástrica porque cheguei à conclusão, agora que estou deste lado, que nós facilitamos, nós facilitamos, porque a sonda é um método invasivo, porque é complicado para a pessoa, é complicado para a família, é complicado para nós mas nós facilitamos, e então eu acho que não há necessidade de facilitarmos, a pessoa é entubada nasogástricamente, estamos a fazer a protecção da via aérea e continuamos no treino da sua deglutição, se assim o entendermos, pronto. Tenho aqui pessoas que tiveram sonda nasogástrica e que continuamos a pedir alimentação, por exemplo, a fruta passada, e eu continuo, pronto faço, neste caso o treino de deglutição com estes passos todos e atenta a estes pormenores todos, para evitar realmente que a pessoa faça aspiração. (3ª fala)

**I:** Nesse tipo de situação, o treino de deglutição num utente entubado é feito por si ou por outro enfermeiro generalista?

**E4:** É feito por mim quando, por mim quando eu deixo essa indicação. Pronto, quando vejo realmente que a pessoa precisa de algo mais do que realmente o colega dos cuidados gerais consegue realizar. Quando eu vejo que a pessoa já está numa fase mais avançada, portanto, já consegue, já não tem estes critérios todos de exclusão, então aí sim, se não sou eu que faço e geralmente, portanto, tanto que peço a papa da fruta só para de manhã, por exemplo, pronto. E geralmente sou eu que faço, ainda há uma renitência por parte dos colegas, da minha também, pronto, nas entubações nasogástricas, mas apesar de enfermeira de reabilitação, portanto, e de tentar, e uma das nossas competências realmente é capacitar aquela pessoa, não é, para a sua maior independência, é óbvio que uma pessoa com uma sonda nasogástrica pode ser independente mas, a maior parte das vezes não é, é um dos problemas que temos com as famílias, é que a pessoa entra cá sem sonda e, eventualmente, poderá sair daqui com sonda, isto é um problema gravíssimo. Então aí, entro eu com a questão dos ensinamentos, com os prós e os contras, portanto qual é a necessidade do seu familiar ter sonda, é por isto, por isto, por isto. E a pessoa diz "mas ele em casa comia", isto por exemplo com pessoas que já tem antecedentes de AVC, por exemplo, que estão no domicílio e entretanto tem uma recaída, uma pneumonia, "mas ele em casa comia", "ah está bem comia, tossia, engasgava-se?", "ah sim, de vez enquanto", cá está o risco e as pessoas não se apercebem, mas ele ia comendo, portanto precisamente aquela pessoa fez micro-aspirações, não é, até que chegou à situação do reinternamento. As pessoas não aspiram só com a comida, há doentes que fazem aspiração de saliva. Pronto, tivemos aqui à pouco tempo um senhor, ele era cuidado em casa, tinha uma cama articulada a família muito presente, muito interessada, ele comia, mas entretanto chegamos à conclusão que ele tinha sucessivos engasgamentos, então pronto, realmente fiz o ensino à família sobre o correcto posicionamento, os sinais de alerta, sobre a utilização de espessante, portanto a família foi comprar o espessante, sobre a necessidade do posicionamento nocturno, portanto, ainda por cima tinha uma cama articulada de elevar a cabeça, de fazer a lateralização porque aquele senhor aspirava saliva, pronto. Entretanto, o meu trabalho é feito em

parceria com a terapeuta da fala, portanto costumamos, às vezes fazemos uma avaliação conjunta que acho que é muito importante porque nós temos já tantos, tantas limitações de relacionamento com a restante equipa de saúde, que quando conseguimos assim este entendimento e esta parceria, porque não. Porque eu não consigo chegar a todo o lado e ela também não, e nós já chegamos a essa conclusão. E então vamos tentar chegar de uma forma com uma parceria ao maior número de doentes que consigamos. Os doentes vão lá abaixo fazem a terapia da fala, fazem lá as coisinhas todas com ela, cá em cima na enfermaria eu faço a minha prestação de cuidados. E basicamente é isso, tem sido uma luta porque esta questão da disfagia é uma questão, que pronto, é muito pertinente por aquilo que eu já referi, porque as pessoas continuam a ter a renitência em entubar nasográsticamente, eu também tenho, mas há uma altura em que é necessário, e o doente com AVC eventualmente a maior parte das vezes, a sua disfagia vai melhorar, e é uma situação em que nós temos que fazer entubação nasográstica para proteger a via aérea, para que aquela pessoa tenha um internamento o mais curto possível e que não precise durante este internamento ter uma pneumonia por aspiração desnecessária, não é, pronto e muitas vezes, vai, vai aumentar o tempo de internamento. Relativamente às secreções, é outra, “ah tem um bocadinho de secreções, mas vai deglutindo”, é muito complicado, aliás nós vemos, nós muitas vezes.. (4ªfala)

**I:** É arriscado.

**E4:** ...é muito arriscado. Nós temos doentes neste momento, e tem muitas dificuldade em fazer a coordenação relativamente à alimentação e à respiração, portanto aquelas pessoas que estão aqui com comorbilidades associadas, com AVC tem mais limitação de certeza absoluta, mas basicamente, estamos no bom caminho, e neste momento a equipa já está mais desperta para esta questão e vê realmente a necessidade de estarmos atentos a este tipo de situações porque eles fazem aspirações muitas vezes silenciosas com pequeninos engasgamentos, “ah engasgou só um bocadinho aqui”, mas depois engasgou mais aqui, mais aqui. Isto quando chegam ao serviço muitas vezes já foram alimentados noutros serviços, como por exemplo, serviço de urgência. (5ªfala)

**I:** Ao nível da equipa há algum tipo de formação nesta temática da disfagia?

**E4:** É assim, durante este ano ainda não houve, este ano foi um ano difícil, não só para este serviço, mas pronto, foi um ano de transição no hospital e transição de muita coisa

mas está programada, portanto uma formação nesta área e inclusive com a terapeuta da fala porque é uma área realmente que nós achamos que é necessário emitir sinais de alerta, aliás nós estamos também a elaborar tipo um fluxograma, em que as pessoas consigam rapidamente identificar sinais de alerta e que direcionem a sua prestação para diversas áreas, portanto, se tiver cá o enfermeiro de reabilitação para ele ou para a terapeuta da fala ou para pôr uma sonda nasográstica ou para uma espera, porque o doente pode esperar perfeitamente, pode ficar sem comer 24h, 48h, pode ficar sem comer, é melhor que ele fica. Eu prefiro que eles fiquem sem comer do que arriscar a dar comida a pessoas que até estão sonolentas e que não estamos a alimentá-las e que não tenham os reflexos todos... (6ªfala)

**I:** ... uma avaliação do estado de consciência

**E4:** Sim, sim, por exemplo há pessoas que, também temos que respeitar muitas vezes, mas isso pronto já não estou a falar do doente agudo com o AVC, pessoas que chegam cá “ah mas ainda agora ela comia com seringa”, mas pronto. Existem sempre pequeninas coisas que podemos fazer, por exemplo, a palhinha, a garrafa de água, utilizo muito a colher, portanto mesmo para fazer avaliação da deglutição com água espessada, como é obvio tem que ser, mas mesmo para líquidos faço com colher. A pessoa até tem uma disfagia ligeira e consegue beber água, podemos espessar um bocadinho ou não, aquilo que eu faço é, agora não temos água, peço as famílias garrafinhas pequeninas, se puderem trazer, depois ponho uma palhinha e com a palhinha ao furar a tampa, e ao colocar a palhinha na tampa eu consigo controlar o fluxo, portanto se aquela pessoa é uma pessoa que acha que não tem problemas de deglutição, que é sôfrega a beber água, eu ponho essa palhinha e faço, portanto, o orifício pequenino, estreito e ao pôr a palha a pessoa quando vai ingerir a água não consegue ter um volume muito grande, portanto aquilo tem ali uma restrição da área da palhinha, portanto ela ingere pouquinha água. Pronto, isto também para dar alguma autonomia quando a pessoa tem essa autonomia, porque há pessoas que tem a garrafinha ao lado ou então quando nós não conseguimos controlar, e às vezes a pessoa chega e pega na garrafa, aí geralmente é já com água espessada, pronto, tipo consistência néctar para a pessoa conseguir realmente ingerir água de forma mais autónoma, portanto essa é uma estratégia, a palhinha, o espessante, a colher. Depois, pronto, existem alguns exercícios que, existem algumas manobras que, pronto estão descritas e que eu não tenho realmente utilizado, é um bocadinho complicado porque os nossos doentes, o nosso tipo de doentes com AVC geralmente são doentes com incapacidades realmente acentuadas em que o nível de colaboração não permite que se utilizem essas manobras, por exemplo, que estão parametrizadas

em linguagem CIPE. Agora, aquilo que eu faço, por exemplo, a manobra de Shaker, de, existem várias, por exemplo da flexão da cabeça, da extensão, consoante o tipo de, só que são doentes que muitas vezes não estão colaborantes, portanto, existem outro tipo de coisas que nós temos que adaptar, por exemplo, os exercícios com os lábios, mandar beijinhos, por exemplo, fazer um sorriso, eu tenho por exemplo espátulas, as espátulas que nós utilizamos que são feitas aqui pelos assistentes operacionais, portanto, tenho com limão e coloco no congelador e então eu tenho uma estimulação sensitiva, pronto, ai consigo fazer uma avaliação logo, quando faço avaliação inicial, já me aconteceu colocar uma espátula dessas numa senhora, portanto na cavidade oral e perguntar-lhe a que é que lhe sabia, ela disse-me que sabia a canela. Portanto aí nós conseguimos fazer logo avaliação e depois é a estimulação sensitiva, o sabor do amargo neste caso que é do limão, por exemplo, se a pessoa tem uma, não consegue fazer o encerramento labial, portanto somos nós que o fazemos, não é, estamos ali, para fazer o estímulo, muitas vezes quando estamos a fazer com ou sem comida, neste caso, não é, mas muitas vezes temos situações em que a pessoa com o passar do tempo acaba por conseguir realizar como é obvio o encerramento labial para que consiga uma boa captação, exercícios de mobilidade da língua, isto pronto quando a pessoa também está, como é obvio colaborante e participativa, exercícios, por exemplo, de elevação da laringe, outra vez com a palhinha, portanto apertar, peço à pessoa para apertar a palhinha e para sugar, não é. Muitas vezes também, quando é possível fazer, é como estava a dizer a manobra de Shaker, que é a pessoa fica em decúbito dorsal e realiza a flexão da cervical, portanto, olha para os pés, portanto não é, olha para os pés, fica durante 5 segundos e volta a repousar, e volta a fazer, muitas vezes temos que pessoas que são pouco participativas, nós muitas vezes temos que ajudá-las a fazer este tipo de exercícios e, basicamente, é isto tudo com o grande objectivo de promover uma deglutição, uma alimentação segura, pronto. Às vezes conseguimos, outras vezes nem por isso, e depois muitas delas são referenciadas para unidades de cuidados continuados e pronto, eles lá continuam outro tipo de trabalho ou não, não sei. Mas basicamente é esta aqui a minha intervenção, noto que devido a esta minha sensibilidade e porque é um assunto que me toca um bocadinho, que consegui transmitir isto a equipa e que a equipa neste momento está mais desperta para esta questão da disfagia. O que me deixa também muito feliz, não é, porque às vezes as pessoas já têm, vamos lá ver, não é preciso um enfermeiro de reabilitação para nós conseguirmos fazer uma avaliação e ver que aquela pessoa não se consegue alimentar oralmente, a pessoa entra com o diagnóstico de AVC, tem desvio da comissura, está afásica ou está disártrica, tem um Glasgow baixo, esta pessoa tem secreções, esta pessoa não pode ser alimentada. (7ªfala)

I: Estes são os principais sinais de alerta que envia à sua equipa?

E4: Exatamente. (8ªfala)

I: E Também à família, no ensino que faz?

E4: Sim, à família, porque depois a família, como eu disse a questão da alimentação é uma questão complicada as pessoas querem, é importante que os seus familiares comam, e nós aqui muitas vezes temos que ter um papel interventivo, então é explicar porquê é que ela não pode comer naquele momento, porque ela pode vir a comer, mas naquele momento não pode. Porquê? Porque teve um AVC, porque o nível de consciência está assim, porque entretanto, porque possivelmente está imobilizado há vários dias e existe já uma estase pulmonar, portanto ela tem algumas secreções, portanto ela tem algumas secreções, portanto é importante também que as pessoas percebam isto, porque as pessoas, muitas vezes, é uma questão complicada, mas ela não come, porque é que ela não come? Ela tem que comer. Pronto, e as famílias então ai, e eu tenho também um papel interventivo junto com as famílias para explicar, portanto, tivemos aqui uma senhora que a mãe tinha tido um AVC, tinha múltiplos internamentos e quando eu fui ver o historial, os internamentos eram porquê? Por pneumonias, aquela senhora tinha uma disfagia severa, mas a filha queria que a senhora fosse alimentada a todo o custo porque ela conseguia, deglutia de vez enquanto, tossia 50 vezes. E foi muito difícil conseguir convencer esta familiar, a senhora teve alta com sonda nasogástrica, não sei o que aconteceu entretanto à senhora, mas eu fiquei com a sensação por onde a senhora foi, ela ia fazer de tudo para tirar aquela sonda, porque é uma coisa limitativa para ela, se calhar não para mãe, mas para ela era. Portanto, aí a nossa intervenção relativamente à parte do ensino também acaba por ser muito importante e pronto, também dizer às famílias que vem e alimentam, portanto, o ensino que faço à equipa, faço à família. Portanto, a necessidade de uma postura correcta, portanto, o pedir ajuda à equipa, não é, porque muitas vezes, as pessoas chegam o familiar está um bocadinho descaído, começam a alimentar, lá está falta-lhes um bocadinho esta sensibilidade, porque até acham que ele, pronto, é meio caminho andado. Se a pessoa estiver bem posicionada, logo aí é meio caminho andado, bem posicionada, e depois a utilização de espessante, portanto, também faço o ensino às famílias relativamente a isso,

portanto ele engasga-se um bocadinho com os líquidos mas nós temos aqui o espessante e tivemos aqui uma senhora que o pai dela esteve aqui internado algum tempo, fez, portanto teve um AVC, e ela própria já conseguia, portanto ela vinha alimentar o pai, era ela que fazia, que geria o espessante após fazer o ensino, ela já sabia quando é que a sopa tinha uma consistência mais líquida, portanto que ela tinha que por espessante, quando era necessário pedia a nossa ajuda, mas era completamente autónoma nesse tipo de auto-cuidado, relativamente ao pai. (9ªfala)

**I:** De uma forma geral como é que realiza a avaliação da sua intervenção? Suponho que à entrada do doente realize este tipo de avaliação, os cuidados que tem durante o internamento do utente. Que tipo de instrumento utiliza para fazer a avaliação da sua intervenção? Se foram atingidos esses objetivos na intervenção?

**E4:** Neste momento, e como lhe disse faço notas gerais, ou seja, não tenho nenhuma escala, não utilizo nenhuma escala para fazer uma avaliação, ou seja, no primeiro dia tenho este nível da escala, sei lá, por exemplo, da Guss, por exemplo, e no final ou passado uns dias tenho aquele, não, utilizo outro tipo de escalas mas para a disfagia realmente não. Ou seja, a minha avaliação é feita realmente em notas gerais, ou seja, a primeira avaliação, quais são, qual é a minha avaliação relativamente à parte da avaliação estrutural, da avaliação, portanto neurológica da pessoa, de alguns pares cranianos, portanto faço a primeira avaliação, faço a intervenção, mas todos os dias eu vou fazendo avaliação, não é, ou existe melhoria ou não. Por exemplo, a pessoa na primeira avaliação tem uma fraca captação, tem escape, necessita de uma dupla deglutição, pronto, segunda avaliação, terceira, quarta e quinta, realiza o correcto encerramento labial, a fase oral está normalizada, não necessita de dupla deglutição, tem uma boa elevação da laringe, não apresentou engasgamento, portanto basicamente avaliação que eu faço é descritiva, portanto, é essa. Isto porque neste momento não estou a utilizar ainda nenhuma escala. (10ªfala)

**I:** Considera que a não utilização de uma escala permite uma maior individualização do cuidado à pessoa?

**E4:** A não utilização? (11ªfala)

**I:** Sim, o facto de não utilizarem, consideram que é benéfico a nível da particularidade da pessoa nos cuidados que prestam?

**E4:** Quer dizer, não porque é assim, se eu utilizasse uma escala como é obvio, por exemplo, se eu quisesse trabalhar dados a posteriori seria muito mais fácil se tiver uma escala, pronto, uma coisa pode complementar a outra, ou seja, eu posso utilizar a escala e fazer a individualização dos cuidados porque faço sempre a minha avaliação nos registos, portanto a escala não aparece sozinha, no meio de um plano de cuidados, portanto, existe sempre alguma coisa complementar. Mas penso que é importante a utilização de escalas, não só para a disfagia, mas para outro tipo de outras situações, onde por exemplo utilizo para a força muscular e outro tipo de situações, penso que possivelmente, tenho a certeza que seria importante realmente, portanto esse vai ser um objectivo...(12ªfala)

**I:** mais para a frente.

**E4:** Mais para a frente, neste meu percurso. (13ªfala)

**I:** De que forma é que considera que o Enfermeiro Especialista de Reabilitação, portanto, mais desperto para este tipo de situações, para alguns pormenores, de que forma consegue facilitar o processo de transição de doença, no utente que chega aqui ao serviço com uma vivência de um AVC?

**E4:** Para já o papel do enfermeiro de reabilitação é extremamente importante, como é obvio, não podia dizer de outra forma, porque vai assegurar àquela pessoa, àquela família, portanto, vai capacitá-la para que ela arranje mecanismos capazes de ela própria fazer o seu processo de transição, que não é fácil porque a pessoa e partindo do pressuposto que a pessoa é uma pessoa autónoma ou que tinha a sua situação de saúde sem grandes limitações, face a uma situação de AVC, em que a pessoa vai ficar limitada, em que vai perder capacidades é muito complicado gerir este processo, pronto. Primeiro a pessoa tem que ser envolvida no seu processo de reabilitação, esse é um ponto importante porque para mim pode ser muito importante que aquela pessoa consiga mexer o braço direito e para aquela pessoa pode não ser importante, por exemplo, é importante que a pessoa seja envolvida no seu processo de reabilitação, aquela pessoa quer mexer aquele braço porque quer comer, porque quer se vestir sozinha e então esse é o nosso objectivo, é que ela consiga realmente, no seu processo de reabilitação atingir esse objectivo máximo, que se calhar para ela é mexer 50% para conseguir comer. Por exemplo, aí muitas vezes nós tomamos como nosso aquele processo queremos que a pessoa seja capaz de coisas fenomenais, muitas vezes a pessoa não quer, muitas vezes somos nós que temos que incentivar a pessoa a querer, a motiva-la, o que às vezes é um bocadinho complicado e principalmente, pronto, num doente com AVC em que vê a sua situação de saúde completamente alterada e aqui nós entramos, podemos fornecer à pessoa mecanismos de compensação, ok, não consegue despir assim, mas consegue despir daquela forma, não consegue comer com a mão direita, se a pessoa por exemplo for dextra, mas consegue se

calhar arranjar alternativas para comer com a mão esquerda, vamos arranjar uma forma, por exemplo, do prato ficar seguro na superfície da mesa, por exemplo, para não andar a, pronto. Por exemplo, eu costumo nos doentes com AVC quando faço a primeira avaliação, quando os levo, portanto à casa de banho para satisfazer os seus auto-cuidados, portanto eu faço questão de estar presente sempre. Eu tenho que saber o que é que aquela pessoa consegue fazer, tenho que saber o que aquela pessoa quer continuar a fazer, para conseguir capacita-la para que ela faça realmente o processo de transição como ela desejar, pronto, e muitas vezes as pessoas, porque estão numa situação tão complicada não conseguem encontrar mecanismos alternativos, e então esse é o meu papel, é dizer “olhe você não consegue fazer assim, se calhar primeiro tem que vestir primeiro o braço que mexe menos, não é”, é obvio que, e é a pessoa que o faz e eu fico à espera que a pessoa faça, portanto eu não faço pela pessoa, portanto aquela pessoa não substituo, portanto ela tem que saber, tem que conseguir se ela precisar de ajuda ok, eu estou lá para ajudar, mas tem que ser ela a fazer, isto muitas vezes, também compreendo os colegas, porque também é um bocadinho limitativo, porque tem muitas pessoas ao seu cuidado, e é complicado, assistentes operacionais, então é dramático, porque elas, portanto querem ajudar, mas elas fazem tudo, elas chegam pessoas independentes que nem se quer tem AVC, elas chegam a pentear as pessoas porque é o hábito, pronto e então, aquilo que eu faço é exatamente isso, eu dou o pente e a pessoa penteia, aquilo que conseguir, “ah mas eu não consigo”, a “você consegue aquilo que conseguir, aquilo que não conseguir, eu ajudo a seguir, está bem, e vamos arranjar alternativas para fazer”, penso que esse é o grande, é o nosso grande foco de intervenção. É realmente capacitar a pessoa a que ela consiga vencer a sua deficiência na altura, deficiência que neste caso pode ser uma parésia, uma plégia ou uma disfagia ou outro tipo de situação que possa acontecer, pronto, neste tipo de diagnóstico que é o AVC. (14ªfala)

**I:** Uma última questão, considera, como é lógico, que a sua intervenção como enfermeira especialista de reabilitação traduz-se em ganhos em saúde?

**E4:** Sim, que não conseguimos avaliar, de uma forma sistemática. Esse é o nosso grande problema, não é, pronto é. A nossa intervenção nós sabemos e conseguimos provar de uma forma empírica que existem ganhos em saúde, mas de uma forma geral as nossas intervenções não são assim tão fáceis de quantificar, as nossas intervenções, não, o resultado das nossas intervenções, mas para isso, neste momento temos a nossa mesa do colégio de especialidades a trabalhar nessa questão e nós todos, não é, fazemos parte dela, portanto, isto na Ordem, a tentar realmente traduzir de uma forma sistemática os ganhos em saúde. É óbvio que existem, mas, e possivelmente se nós fôssemos fazer um trabalho nesse sentido conseguiríamos ver, neste momento não estou a fazer isso e a maior parte dos colegas é muito difícil fazer essa, aí também é importante as escalas que estávamos a falar, com as escalas é mais fácil fazermos depois um estudo e temos as coisas mais de uma forma mais sistematizada. Nós sabemos que temos, que a nossa intervenção, que o doente realmente, que existem ganhos em saúde, agora quantificar isso... (15ªfala)

**I:** Mas de uma forma mais empírica

**E4:** De uma forma mais empírica é obvio que sim, é obvio que sim. E eu sou suspeita a falar, mas ao falar com a equipa e com a enfermeira chefe realmente chegamos à conclusão que a intervenção do enfermeiro de reabilitação traduz-se realmente em ganhos para o serviço, pequenas coisas, que nós muitas vezes, às vezes é difícil é difícil e quantificar, mas às vezes são pequenas coisas que são muito importantes. Por exemplo, relativamente à questão da disfagia, a questão de alertar as pessoas, identificar sinais de alarme, de colocar o tal papel na cabeceira do doente, as pessoas ficam despertas e de certeza, que neste momento não consigo quantificar, mas se fosse fazer um estudo retrospectivo relativamente aos anos anteriores, e se fôssemos ver realmente as pneumonias de aspiração, ou as pessoas que tiveram engasgamento ou que se calhar chegava à conclusão que durante este ano, poderá existir mas em muito menor número, são pequenas coisas, portanto a questão da mobilidade, é importante que a pessoa se levante, isto é também uma questão muito importante e no doente com AVC muito mais, portanto é necessário mobilizar mais precocemente possível para que a pessoa não perca as capacidades que ainda tem, para que a parte do cérebro realmente reconheça que aquela pessoa continua a se mobilizar e nós muitas vezes, às vezes também temos limite de tempo, também percebo, mas a parte da mobilidade é outra questão, porque nós sabemos o que é que a imobilidade pode provocar, principalmente na parte muscular, na parte respiratória, na parte até da consciência, portanto é uma das coisas que também tenho trabalho muito aqui no serviço, “não se levanta, porquê?”, “ah mas ele em casa era acamado”, “era acamado?”, quando vamos ver até fazia o levantar para ao cadeirão, acamado porque, ok, é uma pessoa que é dependente total das suas coisas, não consegue realmente fazer os seus auto-cuidados, não é

autónoma, mas pronto. Portanto, estas pequeninas coisas para mim já considero que são ganhos, ganhos para o serviço e principalmente para os nossos doentes. (16ªfala)

**I:** Queria só limar aqui uma dúvida que fiquei, quando me falou ao nível da avaliação nomeadamente, ao nível da monitorização das saturações há algum critério que lhe diga que aquele utente não deve ser alimentado?

**E4:** Basicamente, faço realmente só para a minha avaliação, ou seja, sabendo qual é o valor da oximetria que aquela pessoa tinha antes de iniciar, portanto, avaliação da deglutição, não é, eu sei por exemplo se essa saturação baixar 2, 3 ou 4%, que se calhar houve ali alguma alteração no processo normal da deglutição, como é obvio, agora se a pessoa já tem oximetrias de 93, se quando inicia, portanto a avaliação da deglutição, portanto se a pessoa continua com oximetrias de 93, portanto à partida já era uma situação que a caracterizava, pronto. Agora, quando a pessoa tem oximetrias de 99, inicia-se a avaliação da deglutição, a pessoa até tem um engasgamentozinho muito ligeiro, mas as oximetrias começam a baixar, então aí já é um sinal de alerta, basicamente é só para ter essa monitorização e para ter a certeza que não estou a correr riscos, basicamente é isso. (17ªfala)

**I:** Está ótimo, obrigada pela disponibilidade.

## ENTREVISTA Nº 5

**Legendas :** I = Investigador

E5= 5º Enfermeiro Especialista de Reabilitação entrevistado

..... – pausa/silêncio

[...] – interrupção

[] –declaração que não diz respeito à unidade temática

I: Olá [refiro o nome do entrevistado], Boa Tarde!

E5: Boa tarde!

I: Ia pedir para que me dissesse, que me explicasse de que maneira é que faz a avaliação de um utente com disfagia após AVC quando dá entrada aqui no serviço de medicina 3?

E5: O nosso serviço não sendo um serviço explosivo de patologias, não é, como o AVC, nem sempre quando o doente entra é recebido por um enfermeiro especialista ou nem sempre é logo avaliado, quando, e depois temos outra coisa que é a distribuição do doente, ou seja, o doente pode entrar e não ter um enfermeiro especialista não ser capaz de fazer essa audição até 1, 2, 3 turnos não é, por exemplo se se põe um fim de semana, etc. Visto só termos o enfermeiro especialista na manhã, não é, pode ficar vários dias sem ser avaliado, de qualquer maneira quando é avaliado, eu utilizo o modulo da escala MASA, foi a que mais utilizei na unidade de AVC's quando fiz o estágio ou então da escala de Guss foi o que aprendi na escola, como a que era utilizada na unidade de AVC's de São José, pronto. De qualquer das maneiras, a nível de serviço não há uma escala instituída, como por exemplo, na unidade de AVC's, eles têm uma escala adaptada à escala de MASA, no nosso serviço não há uma escala instituída, que se diga, utiliza-se esta escala, ou seja, quer seja eu quer seja a minha colega, quer seja, não há. Depois temos a questão com os nossos colegas, e aí assim é que eu vejo não tem a competência para avaliar, com a precisão que nós temos, com a precisão de uma escala se a pessoa tem disfagia ou não, e às vezes não estão muito despertos para certos sinais de disfagia para além de uma avaliação feita por uma escala, não é, que nos dá outra precisão, mas na avaliação o grande problema é a pessoa não ser avaliada no imediato, ou seja, à entrada, não é, e não temos uma escala uniformizada ainda, porque ainda estamos um bocado numa fase de reformulação do serviço a nível da especialidade, ainda estamos a tentar implementar muita coisa, ainda estamos a tentar dar muita formação aos colegas e nomeadamente a parte da deglutição, das alterações da deglutição onde ainda não foram abordadas aos colegas generalistas, nem nós enquanto especialistas nos organizamos de forma... que se adapte à nossa realidade, porque embora sejam doentes com AVC's, como digo, são doentes completamente diferentes dos doentes da unidade de AVC's porque são doentes com muitos outros défices, demências associadas, já anteriores ao AVC, que dificultam muito mais a avaliação portanto ainda não chegamos a uma conclusão de instrumento definitivo que se adapte para a gente avaliar. De qualquer maneira, eu quando vou avaliar um doente, ou os meus colegas me pedem ou eu estou, tenho o doente sobre a minha responsabilidade e vou avaliar o doente, utilizo uma dessas duas escalas, consoante a que se adapte melhor ao doente que tenha à frente e pronto, é isso ou uma ou outra. (1ªfala)

I: Falou-me que utiliza a escala MASA adaptada, pode explicar-me de uma forma geral como é que feita avaliação com essa escala?

E5: É igual a da AVC, começa com avaliação do estado de consciência do doente depois a avaliação da mobilidade da boca, da língua, bochechas, lábios, depois começa-se com a avaliação da deglutição da saliva, deglutição de, tem três tipos de consistências, com espessante cria-se três tipos de consistência, começa-se a avaliar do mais espesso até ao mais líquido, por fim avalia-se a água, com água, não é, primeiro uma colher depois meio copo e consoante se vai avançando, não é, a própria escala dá direções sobre o tipo de dieta que o doente deve seguir, não é, e sobre a ingestão de líquidos, se é segura ou não, e o que fazer, ou seja, se é necessário entubar se não for muito segura, se com espessante consegue-se compensar essa dificuldade, esse défice do doente, e por ai adiante, até aos sólidos, faz-se com um bocadinho de pão ou algo, às vezes até se pode por um bocadinho de pão numa compressa para testar a deglutição, se consegue fazer a mastigação do sólido ou não, e depois no fim dá-se a indicação sobre que tipo de dieta se deve adaptar e sobre a ingestão de líquidos se é segura ou não, se pode ser com espessante, compensada com espessante ou não, essa escala original é com um score aqui foi adaptada na unidade, em vez de ser quantitativa é qualitativa. E é essa a diferença, a adaptação deles. (2ªfala)

I: Ou seja, dá mais uma diretriz, uma normativa de ação, do que propriamente um score?

**E5:** Sim, sim, é uma escala, por exemplo aqui no nosso, lá esta como ainda não foi instaurada, utilizo-a eu porque a conheço da unidade de AVC's, não é, lá é utilizada com outra eficácia porque todos os colegas a sabem preencher, visto que é uma escala que dá indicações do que se deve fazer e não só do défice que a pessoa tem, é mais fácil para os colegas generalistas utilizarem, muitas vezes utilizo também a de GUSS, com as três consistências de água, porque visto que mais ninguém vai utilizar, e para mim é mais fácil e é rápida, utilizo essa até porque muitas vezes com outra escala, com a população que tenho aqui, muitas demências, com a outra escala eles ficavam logo com a sonda, porque são doentes com demências já antes do AVC e tudo... (3ªfala)

**I:** Então considera que é uma limitação da escala MASA, por exemplo a sua aplicabilidade a utentes com estado demencial ou com estado de alteração...

**E5:** Sim porque são doentes pouco colaborantes, nomeadamente, tem que tentar saber a motilidade da língua, dos lábios, porque não colaboram com o teste, ou seja, é uma escala que necessita de colaboração do utente, enquanto que uma GUSS, dou ao utente uma colher de água com espessante e vejo a eficácia da deglutição ou não. A desvantagem desta escala é que não pode ser aplicada aos colegas generalistas, não pode ser ou teria que ser, teriam que fazer uma formação e depois o que fazer com ela, ou seja, as intervenções não seriam de generalistas, mas de especialistas, e como nós não temos cá especialista 24h, seria mais difícil de implementar. A outra tem essa facilidade que já diz ao colega o que tem que seguir, diz logo se é seguro, se não é seguro, pronto o colega fica logo a saber, pronto, vou colocar uma sonda porque a escala dá isto, e não, diz-me que não é seguro prosseguir com o teste. (4ªfala)

**I:** Então considera que, num futuro próximo vir a utilizar uma escala aqui no serviço, qual é que consideraria a mais adequada? Tendo em conta quer a população.

**E5:** Se calhar a escala MASA adaptada devido à equipa que temos embora não seja a mais fácil de implementar, mas se calhar a mais segura. (5ªfala)

**I:** ok.

**E5:** Porque lá está, nós temos que, ao inicio quando referi que recebemos muitos doentes com sonda, a gente tem que ver um pouco pela segurança do doente, se tivéssemos um especialista de reabilitação 24h seria completamente diferente porque poderia avaliar em cada turno o doente para ver a evolução, a cada momento podia fazer treino, mesmo com um doente que tivesse que ser entubado, ele podia se fazer um treino de deglutição adequado, porque fazem-se muitos, não são é adequados, ou tenta-se "ah ele só tossiu um bocadinho", e não são seguros, e então na minha perspetiva, é assim, a segurança do doente vem em primeiro lugar, logo o que é mais seguro, tem que ser a primeira opção, tendo em conta estes dois testes, se calhar o mais seguro para utilizar pelos colegas seria, se bem que em S. José não são todos especialistas e utilizam todos a GUSS. É uma questão de formação. (6ªfala)

**I:** Falou-me que na escala, posteriormente à avaliação do estado de consciência, é feita uma avaliação da motricidade ao nível da boca, com recurso, que etapas constituem essa avaliação? Se é feito com recurso a algum material?

**E5:** Material só mesmo a espátula para eles fazerem a apreensão labial, fora isso não é necessário material específico, para além da colher e do copo, uma colher metálica, da água e do espessante, recursos materiais seriam estes. (7ªfala)

**I:** E Ao nível de exercícios para avaliação?

**E5:** O sorrir, apreensão labial, ver a língua para um lado e para o outro, fazer pressão no interior com a lingua, para testar a força da lingua, testa-se também a sensibilidade com a espátula, o reflexo de vômito, o reflexo de tosse, encher a boca com ar, fazer a pressão com os lábios e aguentar com o ar lá dentro da boca. E penso que seja isso. (8ªfala)

**I:** Também para analisar ao nível das simetrias...

**E5:** e da força... (9ªfala)

**I:** do maxilar... há pouco falou-me também de alguns sinais que por vezes não estão assim muito evidentes, que tipo de sinais e sintomas é que considera que sejam bastante comuns num utente com disfagia?

**E5:** A tosse, será o primeiro engasgamento, por vezes não é dado o devido valor quando se está alimentar um doente, e este tosse, e pensa "ah é só um bocadinho, só se engasgou um bocadinho", mas as pessoas esquecem-se que por cada tosse o doente aspirou, a tosse já aspirou. O lacrimejar, também muitas vezes os doentes com demências, com demências já num estado muito avançado, já tem o reflexo de tosse diminuído, engasgam-se e não conseguem tossir, mas lacrimejar é o primeiro aviso que o doente está aspirar. Lá está muitos colegas não estão despertos para essa

situação e como digo tenho doentes, muitos deles com demências avançadas ou AVC's com défices brutais que não tem reflexos tão eficazes e há que ter em atenção, estes sinais, estes sintomas de aspiração. (10ªfala)

I: Partindo do princípio que dava entrada um utente com AVC nesta unidade, ou que calhava com o colega ou dava entrada com um generalista e era encaminhado para si, como é que procederia à avaliação da deglutição em si, como faria o treino da primeira alimentação, por exemplo, centrando-se somente na parte da deglutição?

E5: Se fosse na parte da deglutição, fazia a escala, ia buscar um copinho de espessante, depois temos outra dificuldade, é que é assim, o espessante vem da farmácia tem que estar prescrito, e eu nem sempre tenho doentes que usem espessante, portanto às vezes o que me pode acontecer é não ter espessante, nesse caso ou tento arranjar algum pudim, daqueles pudins hiperproteicos, que não é o mais correcto, porque são testes de deglutição tem que ser feitos com água e não com outra coisa qualquer, caso o doente aspirar. Mas caso eu não tenha, e tenha que avaliar que dieta prescrevo ao doente ou preciso que prescrevam o espessante, para a água, ou seja o que for, pronto, mas se tiver espessante bebe o espessante, num copinho com água, meto na consistência mais espessa, uma colher, é mais ou menos 60 ml, uma colher, avalia-se a deglutição, vê-se se é eficaz, pede-se para pessoa para dizer, já está, qualquer coisa para se ouvir, se ficou acumulação de... (11ªfala)

I: Faz-se uma avaliação da capacidade vocal?

E5: Sim, a ver se ficou líquido ou não, repete-se o procedimento com as três consistências, água, sempre a fazer o mesmo, consegui com água, meio copo de água, se consegui é eficaz, em qualquer desse momentos se houver algum sinal de que a pessoa está aspirar, para-se o teste e será este o nível de segurança para o doente, caso a pessoa não tolere nenhum, tem que ficar entubada. Depois, eu repito o mesmo com manobras compensatórias. (12ªfala)

I: Que manobras utiliza?

E5: Dependendo do doente, mas a mais fácil, a mais comum é o tocar com o queixo no tórax ... subir a parte do palato mole para a pessoa conseguir fazer uma maior elevação da língua, das partes moles e ajudar à deglutição, o que gente utiliza mais vezes é pedir à pessoa para engolir como se tivesse a engolir um bocado de carne dura ou deglutir com força, eles então, que ajuda também, e normalmente são esses, às vezes é necessário fazer a dependente da paresia laterização também, também ajuda nos AVC's se tiver uma hemiparesia facial, e da língua também com laterização ajuda, do lado da paresia, não é, mesmo o subir a língua para empurrar o alimento, neste caso o líquido para o conseguir empurrar para trás, porque com a paresia não consegue fazer a elevação da língua, dos tecidos moles, então não consegue fazer com que líquido passe. (13ªfala)

I: Este tipo de manobras faz com todo os utentes que, faz avaliação, é detetada a disfagia?

E5: Só vou utilizar uma manobra compensatória se o doente apresentar algum défice, se tem uma deglutição eficaz, se bem que, por exemplo, doentes já com alguma demência, com alguma idade, ajuda sempre, mesmo doentes sem AVC, só pela idade da população que temos no serviço eu muitas vezes utilizo estas manobras, isto não só para doentes com AVC, mas mesmo para outros doentes já com uma certa idade... (14ªfala)

I: Que tenha alguma uma alteração da deglutição inerente a outra patologia...

E5: O próprio doente com o avançar da idade já a deglutição não é tão eficaz, então utiliza-se mesmo que o doente tenha uma deglutição mais eficaz, há coisas que se utiliza, por exemplo, a verticalização da pessoa quando se está alimentar, porque muitas vezes os doentes já são alimentados no leito, e então, muitas vezes estão, não é, numa postura que não é mais adequada ou a mais segura para alimentação, portanto há coisas que se faz a toa aos doentes, não é, e nomeadamente o queixo ao peito, eu olho os meus doentes, a maior parte faço por segurança quase, por segurança não só tanto pela disfagia, que há muitos que não tem uma disfagia assim muito evidente, e nós por segurança, dada a idade e outras patologias. (15ªfala)

I: Por exemplo, ao nível dos doentes que tem sonda, disse-me que volta sempre avaliar, e continua a ser feito um treino labial ou são feitos algum tipo de exercícios?

E5: É assim, lá está eu como não estou só a fazer, como enfermeiro do serviço, não consigo fazer o treino, um treino, exercícios, por exemplo, doentes que tenham, agora tive ai uma utente que necessitava de exercícios oro-faciais porque o problema dela, era da paresia que tinha, acumulava comida e líquidos nas cavidades e depois aspirava e tossia, pronto, essa doente beneficiava mas eu não consegui fazer isso. Quando tenho um doente que esteja entubado e que eu veja, sim senhora, que tem potencial e que possa ser trabalhado, faço um treino de deglutição com ele, vamos vendo, faço uma avaliação, vejo até que consistência é que é seguro fazer esse treino, e vamos treinando e temos conseguido retirar algumas sondas assim, mas a verdade é que a frequência desses treinos não é suficiente

para surtir o efeito desejado, não é, tinha que ser uma coisa mais com um trabalho contínuo, e depois nem sempre estou com os mesmos doentes, nem sempre consigo arranjar um bocadinho de tempo para conseguir ir a outros doentes, portanto a flexibilização é um bocado difícil no tempo de serviço em que estou, não é, portanto é mais complicado, mas sim faz-se. [\(16ªfala\)](#)

I: Sempre que possível, sim.

E5: Sim, sempre que possível, fazemos um treino mesmo num doente que esteja entubado, é muito raro um doente que esteja entubado... [\(17ªfala\)](#)

I: E nesta área em concreto, de deglutição, existe parceria entre o enfermeiro de reabilitação e outros técnicos, de uma equipa multidisciplinar ou?

E5: É assim, nós estamos aqui um bocadinho afastados... [\(18ªfala\)](#)

I: A fisioterapia, a terapia da fala...

E5: É muito raro, muito raro, e por muito raro digo que nunca vi, no outro dia, por exemplo, para essa utente que eu falei com minha colega que a doente não estava comigo, mas eu fui lá, falei com a colega, e disse que beneficiava de terapeuta da fala para fazer exercícios oro-faciais, que ia melhorar bastante, ela falou com a médica para pedir a colaboração, para fazer o pedido de colaboração, ela ah sim está bem, e não. É assim, para muitos utentes é pedido medicina física de reabilitação e quando vem cá o fisiatra eles encaminham para outros técnicos, para outros terapeutas, agora a verdade é que para a terapia da fala muita pouca colaboração é pedida, a maior parte é fisioterapia, e vem os fisioterapeutas, uma hora, para o serviço inteiro, para doentes que eles acham que... [\(19ªfala\)](#)

I: Que são os prioritários.

E5: Sim, eles lá fazem as triagens deles, ou lá como eles funcionam, não sei, mas pronto, a realidade é essa. E outros técnicos, não, aqui nas medicinas, não. Lá está eu sei que na unidade de AVC é completamente diferente, vai lá todos os dias o terapeuta da fala, há uma colaboração com esses técnicos muito maior, aqui no nosso serviço, não. [\(20ªfala\)](#)

I: A nível do que considera para si enquanto enfermeiro especialista aqui e também para a equipa de generalistas quais são as maiores dificuldades na identificação do utente com disfagia?

E5: Eu acho que é o reconhecer, primeiro a ausência de um instrumento em que eles se possam apoiar, não é, para terem uma avaliação segura, exata do que é estão a fazer, e depois acho que é mesmo a falta de conhecimento e falta de estarem despertos para sinais e sintomas de aspiração, não é, ou seja, de disfagia, eu acho que isso é o maior problema ou ter consciência das consequências que pode ter, esse sinais esses sintomas, eu acho que as pessoas não estão muito despertas para isso, pensam "ah está a tossir um bocadinho, mas até comeu ou está a engolir", e depois uma pessoa chega lá e vê a boca cheia de alimento... [\(21ªfala\)](#)

I: Há uma desvalorização...

E5: Sim, acho que há um bocado o desvalorizar a disfagia em si, os sinais e os sintomas que a pessoa está a transmitir, mas pronto. O alimentar a pessoa é sempre aquela coisa, aí coitadinha ele tem que comer e tem que comer porque senão morre, e se calhar é um bocado ao contrário, se calhar quando mais comida lhe estão a dar mais depressa o estão a matar. E eu acho que ainda há um bocado esse pesar entre o risco do benefício do que estão a fazer, acho que há um bocado falta de consciência, por parte dos colegas. [\(22ªfala\)](#)

I: A nível de formação interna da equipa nesta área, há alguma, está programada!?

E5: Sim, temos programada, ainda não foi feita, temos muitos colegas novos, temos muitos colegas recém-licenciados, há muita outra formação que precisa ser dada e que precisa de ser prioritária, podemos assim dizer, porque uma pessoa nestas coisas, fica mal dizer prioritária, parece que estamos a dizer que não é importante um doente aspirar, mas pronto, ainda não foi dado, mas está em plano, está programada. [\(23ªfala\)](#)

I: Ok. A nível do processo de transição de saúde-doença, muitos utentes que vos chegam aqui ao serviço estão uma fase ainda inicial, de aceitação da fase aguda do seu processo de saúde-doença, de que forma um enfermeiro de reabilitação pode contribuir para uma melhor vivência desde processo transição?

E5: Nomeadamente, ter uma compreensão diferente e uma visualização diferente do doente, lá por sermos especialistas não deixamos de ser enfermeiros, não quer dizer que não tivéssemos uma boa capacidade de avaliação do doente, simplesmente avaliamos o doente de uma maneira diferente, tendo em conta outros défices, que não são se calhar, lá está como generalistas, não é dada tanta importância, e avaliação é feita de outra maneira, e depois as intervenções que são prestadas também. Ou seja, conseguimos de outra maneira devolver alguma independência ao doente e devolver outra qualidade de vida ao doente, ou seja, não tratamos o doente mas também tratamos a sua qualidade de vida, e isso reflecte-se bastante depois no que o doente, não é, nos transmite, porque é completamente

diferente a prestação de cuidados de um colega generalista, acho que isso é que faz uma grande diferença, entre o especialista e o generalista, nomeadamente, a nossa especialidade, não é. [\(24ªfala\)](#)

I: Se calhar acaba por estar atento a pormenores que se calhar ao generalista escapam?

E5: Sim, passam um bocado, e as intervenções prestadas tendo em conta uma avaliação diferente, as intervenções também são diferentes e também tem um resultado diferente. [\(25ªfala\)](#)

I: Ao nível da família de que forma considera que o enfermeiro especialista vai relacionar a família neste processo todo?

E5: Primeiro consegue dar outra informação sobre o doente, sobre o estado do doente, muito mais pormenorizada ou focada noutros aspetos e depois na parte do ensino de como viver com o familiar com os défices que ele tem agora, como viver com os défices do familiar, porque os défices do doente, não é só para o doente, mas também para o familiar, para toda a família, afeta toda a estrutura, o enfermeiro especialista consegue, não só ajudar o próprio doente mas também a família a viver com toda a situação, a explicar o porquê dos défices, que não vão desaparecer já, ajuda um bocado no processo de se ambientarem à nova realidade, de uma maneira diferente, porque lá está, também veem o doente de uma maneira diferente, e ensinamentos são fundamentais, não é. [\(26ªfala\)](#)

I: A nível do ensino à família, que tipo de ensino é que é realizado tendo em conta a parte da deglutição numa alta utente ou?

E5: Por exemplo, um utente que não esteja, que não tenha uma deglutição eficaz, mas que consiga ser compensado, um doente que colabore com exercícios compensatórios da deglutição, à família também é feito o ensino da importância desses exercícios, nomeadamente de se, o doente vai com uma disfagia compensada com espessante, a importância da consistência a dar ao doente, os alimentos a dar ao doente, por exemplo, um doente com disfagia não se deve dar alimentos de consistências diferentes, mas pode se adaptar a dieta, não é, para ter uma dieta variada, e não ser uma sopa daquelas ricas com carne, não, pode também haver, ou seja, ensinar também à família o tipo de dieta que esse doente pode fazer tendo em conta das particularidades da condição dele, da disfagia dele. Nomeadamente, um doente com uma dieta mole AVC, não precisa de uma sopa passada com carne lá dentro, não é, pode ser a carne triturada com um bocado de caldo para aquilo ficar empapado, pelo menos pode ter diferentes alimentos e não tudo misturado. Fazer esse tipo de ensinamentos à família, não só ao doente, mas também à família. [\(27ªfala\)](#)

I: Por exemplo, ao nível das dificuldades, que já me veio a referir ao longo da entrevista, desde da falta de formação por parte da equipa, desde o estar a trabalhar como generalista e especialista ao mesmo tempo?

E5: Uma pessoa está a trabalhar como generalista, agora não pode é esquecer as coisas que aprendeu, não pode, lá por estar a trabalhar como generalista prestar cuidados só como generalista e esquecer a especialidade que tem, ou seja, não vou renegar o que aprendi só porque não estou a exercer... [\(28ªfala\)](#)

I: E de que forma é que, que tipo de estratégias é que utiliza para ultrapassar essas dificuldades?

E5: Gestão de tempo durante o turno, temos que adotar uma atitude um bocado mais pró-ativa e gerir o tempo de uma maneira eficaz, para tentar prestar os cuidados de uma maneira melhor para o doente, não é, que o doente consiga beneficiar dos nossos cuidados e depois lá está, há coisas que uma pessoa faz já de maneira diferente nos cuidados generalistas, porque é essa a nossa especialidade, nós não deixamos de ser enfermeiros, lá por ter uma especialidade de reabilitação não deixo de ser enfermeiro, logo é assim, eu como enfermeiro generalista na lista vou posicionar os doentes às xx horas como enfermeiro especialista vou posicionar mais xx horas, se calhar posicionas é de maneira diferente. Tenho um doente com AVC vou poscioná-lo num padrão anti-espástico, o enfermeiro generalista pode não estar tão consciente para esse tipo de posicionamentos, mas não quer dizer que não os posicione também, simplesmente vou fazer as coisas de maneira diferente, não é, porque tenho outras competências... [\(29ªfala\)](#)

I: Está atento a outro tipo de pormenor, outro tipo de detalhe que o generalista não está.

E5: Claro, ou seja, a nossa especialidade, lá por ser de reabilitação agora não tenho que fazer só aquilo, não, se não estou nessa função, não quer dizer que não faça, que não aplique os conhecimentos que tenho no decorrer de um turno. Portanto, é simplesmente uma maneira de adaptar as coisas, até porque muitas coisas na nossa especialidade deviam ser do conhecimento geral e não só da nossa especialidade, toda a gente deveria saber posicionar um doente como deve ser, não é, portanto... [\(30ªfala\)](#)

I: Evitava-se outro tipo de complicações, como úlceras e afins...

E5: A deglutição a mesma coisa, acho que toda a gente poderia saber avaliar uma deglutição como deve de ser, realmente as intervenções posteriores, os treinos de deglutição, exercícios oro-faciais, sim senhora pronto é

especialista tem essas competências, mas uma avaliação eficaz toda a gente deveria saber fazer, e para lá trabalharemos... já agora, é assim se calhar não é já amanhã, é daqui a um mês, mas pronto daqui algum tempo.

(31ªfala)

I: Tendo em conta estas limitações que me tem vindo a referir, de que maneira, por exemplo, perspetiva a continuidade do cuidado ao nível da deglutição, como é que passa no turno, deixa-lo no registo... como é que procede?

E5: Passando a passagem de turno, passando ao colega o que foi feito e explicar, ou seja, o nosso papel como especialistas, nomeadamente de reabilitação também passa muito pela formação dos colegas, mesmo que não seja uma formação em serviço formal, mas uma coisa mais informal, passar aos colegas, está aqui o doente, foi feito isto, isto, isto faz-se assim, tem atenção a isto, toma atenção ao doente quando se lhe dá comida ele tosse, portanto está aspirar, faz esta manobra assim, pede ao doente, pronto... e com isto vamos pouco e pouco, hoje é um colega, amanhã é outro colega, vamos consciencializando a equipa, se calhar para esses pormenores, sem ser numa formação, uma formação em serviço uma coisa mais formal, no passar o doente, na passagem de turno transmitir estas informações, também ir dando aos colegas esta informação, não é, porque o conhecimento não é só para a gente, não preciso de ser aqui o único a saber como é que se avalia a deglutição e deixar os doentes aspirar, e pronto, olha, não foi comigo, está tranquilo, não é. Vamos passando aos colegas, passando o nosso trabalho, também damos alguma visibilidade do que é a nossa especialidade e da importância que é. (32ªfala)

I: Também é uma maneira de facilitar aceitação do especialista também.

E5: Sim, embora eles aqui nisto, a equipa toda é muito recetiva, e pedem bastante ajuda e tem noção da importância do nosso trabalho e das nossas competências, e nisso toda a equipa é bastante recetiva e a gente trabalha muito bem nesse aspeto. Mas pronto há sempre aqueles problemas, por mais que, temos que ter consciência que eles não estão despertos, também não tem que estar porque não tiveram essa formação, não é, também não podemos acusar ninguém de andar aqui a causar pneumonias de aspiração, temos que ver a coisas como são, não é, e tendo em conta a equipa, uma equipa jovem, que ainda está muito a começar, tem que se ter noção que é um trabalho nosso de os ir informando e formando, e não acusar ninguém, a gente sabe que as coisas são assim, portanto temos é que ir consciencializando as pessoas, portanto, em vez de acusar, faz parte, temos de ser nós a trabalhar e dar um bocado de visibilidade a nossa especialidade, não é, senão o que é que andamos a fazer. (33ªfala)

I: Tendo em conta os cuidados prestados de que maneira é que considera que o enfermeiro especialista de reabilitação pode privilegiar a particularidade do utente?

E5: Pois, é assim, como já referi avaliamos um doente de uma maneira diferente, ou seja, cada pormenor é avaliado de outra maneira, de uma maneira mais pormenorizada, tendo em conta os défices, as capacidades do doente, tendo em conta os objetivos de independência do doente, não é, temos que, a primeira coisa é saber o que é que o doente quer, não é, qual é a necessidade do doente, porque a necessidade dele pode não ser a minha, e então, acho que a maneira de conseguir individualizar mais o doente e o que nos diferencia, é isso, é avaliação, o tipo de avaliação que fazemos acho que é o principal elemento que nos diferencia, e que nos permite prestar cuidados de outra maneira, de uma maneira mais especializada. (34ªfala)

I: Ok. Posta a avaliação que faz ao utente, e todo o processo de treino de deglutição que faz, de que forma avalia a sua intervenção, por exemplo, no momento da alta, se define se os objetivos foram atingidos, se não foram, como é que define?

E5: A verdade é que não temos, ou seja, como digo não consigo estabelecer pelas limitações das minhas funções, não é, não consigo estabelecer um plano, às vezes até posso ficar com aquele doente aquele dia, estabeleci, vi que aquele doente tem aquele défice, e posso nem sequer ficar mais com ele, o meu papel é mesmo transmitir informação dia-a-dia aos colegas, estar atento mesmo quando não sou eu que estou com aquele, mas sei que aquele doente tem aquele défice, ir dar um olho, falar com o colega que está com ele, ver como está o doente, para que o trabalho seja passado e, de alguma maneira sendo avaliado pelos colegas no dia-a-dia até à alta, porque é como lhe digo e muito difícil estabelecer um, fazer um plano de cuidados desde o início até ao momento da alta, e chegar ao momento da alta, avaliar o doente, e dizer tem estes défices, tem estes défices, vai assim, vai assim, pronto uma pessoa vai fazendo com o tempo, com o estar cá, mas parte muito da minha disponibilidade de eu ir ter com o doente, de ir ver, ver se está tudo, e pedir um bocado a colaboração dos colegas, no sentido de, fiz isto com ele, podem continuar a fazer, vejam se isto está bem, se não está, a verdade é que não é o método mais eficaz, porque a informação perde-se, e às vezes não se consegue fazer um treino eficaz e muitas vezes o doente acaba com sonda ou acaba por ser mal alimentado,

no sentido de uma alimentação não ser segura, uma alimentação que não está a ser segura, muitas vezes acontece isso, pronto é um bocado, é uma limitação que nós temos, pronto... são muitos doentes. [\(35ªfala\)](#)

I: Dada a característica do próprio serviço... por exemplo, ao nível de registos, há algum tipo de particularidade?

**E5:** Sim, nós temos no SAP, a nossa versão é o S clínico está parametrizado intervenções específicas do enfermeiro de reabilitação. [\(36ªfala\)](#)

I: Os registos são em CIPE/SAP?

**E5:** Sim, é SAP e o programa é o S clínico, linguagem CIPE, e temos parametrizado intervenções específicas para o enfermeiro de reabilitação, o que acontece é que, eu como generalista não faço um plano de cuidados, um diário, não é, a minha colega faz, ela sim faz o registo do que está a ser feito e faz no processo do doente, na parte de enfermagem, pronto, intervenções específicas do enfermeiro de reabilitação, que ela vai preenchendo e vai dando continuidade aos cuidados quando está cá e quando consegue, sim, faz-se no computador. Temos já parametrizado, vai avaliar o doente depois vai ao programa, tem mesmo já intervenções parametrizadas para a reabilitação, portanto temos o problema, o foco de atenção, não é, temos o status, como é que está, e depois temos as intervenções associadas a esse problema, portanto quando ela cá está vai fazendo e vai dando continuidade aos registos do doente. [\(37ªfala\)](#)

I: Ok. E esse registo está acessível também aos colegas generalistas?

**E5:** Sim, qualquer pessoa pode, que tenha acesso ao programa, pode ver esse registo. É no mesmo, ou seja, o processo de enfermagem generalista e especialista é igual, simplesmente têm intervenções e focos de atenção que estão parametrizados exclusivamente para o enfermeiro de reabilitação, que são identificados com ER à frente da intervenção e do foco de atenção. [\(38ªfala\)](#)

I: Da avaliação toda que faz e todo o procedimento que tem, considera que a intervenção do enfermeiro especialista de reabilitação traduz-se em ganhos de saúde? quer seja para o utente, família instituição?

**E5:** Evidentemente, evidentemente cada treino que se faz a uma pessoa, que se transmite numa deglutição segura, seja ela através da colocação de uma sonda, uma dieta adaptada, o ensino de manobras compensatórias, tudo isso serão estratégias que vão permitir que o doente tenha uma deglutição segura, o que vai prevenir aspirações, vai prevenir complicações respiratórias, ou outro tipo de complicações por mal nutrição por o doente não se alimentar de uma forma adequada, portanto tudo isto serão ganhos, não imediatos, mas com o tempo, diminuição do número de internamentos, de complicações associadas à doença de base as que não se evidenciam logo, portanto, é fundamental, não é, e é pena que não seja, que a gente não consiga dar tanto essa visibilidade e dando essa consciência às pessoas, porque, ou seja, o trabalho que estamos a fazer por muito simples que pareça está a prevenir que aquele doente daqui a um ou dois meses volte para cá com uma pneumonia ou que às vezes não sai daqui, porque faz a pneumonia mesmo aqui e, não é o primeiro doente que entra na medicina com uma disfagia que fica cá com uma pneumonia. Portanto, acho que o trabalho é essencial, é pena a falta de visibilidade às vezes e de consciência das pessoas para esse aspeto que aquela pequena aspiração, aquela pequena tosse, daqui a um mês pode resultar numa coisa muito mais grave e pode mesmo o doente falecer, a causa de morte depois de AVC é pneumonia, portanto, só esses dados transmitem a importância que é o cuidado da deglutição segura. [\(39ªfala\)](#)

I: E quando fala ao nível das pessoas terem pouca noção disso, refere-se aos profissionais de saúde ou mais à família?

**E5:** Em geral, aos profissionais de saúde também, não só à família, o público em geral, não tem tanta essa responsabilidade em ter estes conhecimentos, a não ser que o nosso trabalho de os ensinar não seja eficaz, não é, portanto, o ponto de partida serão os profissionais de saúde, não é, portanto, não tanto os familiares, mas os profissionais de saúde terem uma consciência maior para esta problemática. [\(40ªfala\)](#)

I: Ao nível da família, por exemplo, tendo em conta as famílias que tem trabalhado aqui, considera que a família dá muito valor, pouco valor?

**E5:** É assim, dão muito valor à alimentação, a disfagia é encarada como uma dificuldade, é encarado como uma grande dificuldade por eles, por exemplo, um doente que leva uma sonda por disfagia é um problema muito grande para a família, um doente que vai com algum défice de alimentação é um grande problema para a família, embora o problema não seja a deglutição em si, mas sim, o não, uma pessoa não comer, a pessoa não se vai alimentar, ou seja, embora esteja relacionado um problema com o outro, a preocupação é o alimentar a pessoa, é o enfiar a comida boca abaixo, é o que é importante, tem é que comer, se não esse é que é o problema. Ou seja, é um bocado, para as

famílias não há muito essa consciência, aquela comida a mais se calhar não está a fazer tão bem como eles pensam. (41ªfala)

I: Até pelo contrário. E por exemplo, ao nível da água, há quem faça recurso às garrafas pequenas com palhinha, é uma técnica utilizada por vocês aqui, é um ensino feito á família, não, concorda, não concorda?

E5: Eu é assim, eu as palhinhas, as minhas tiro-as todas, porque a palhinha envolve uma coordenação motora do cérebro de vários movimentos logo se o cérebro já tem dificuldade em fazer o ato de deglutir, ter ali um período de dissociação entre a respiração, de puxar a água e o de deglutir é meio caminho andando para a pessoa aspirar e se engasgar, portanto, se ele já tem dificuldade num, tem que estar a coordenar os dois, tem que estar a fazer a coordenação. Eu palhinhas jogo todas fora, e falo à família, faço o ensino à família sobre esses aspetos, e com os colegas, pronto, é um aspeto, mas sim, vê-se muito as famílias a trazerem palhinhas, são coisas que vão dificultar a deglutição. O que faço muito é cortar as bordazinhas do copo, para eles conseguirem beber sem terem que fazer a interceção, e utilizo esses mecanismos simples, não é preciso ir a uma loja da especialidade para comprar daqueles caríssimos, basta cortar um copo de plástico, que faz o mesmo efeito. Mas, vê-se muito sim. (42ªfala)

I: E a nível, por exemplo, de ajudas técnicas, para além do copo recortado, há mais alguma que utilizem aqui, para além do espessante?

E5: Não, é só mesmo o espessante e dar um cortezinho do copo, não temos recurso a mais nada. (43ªfala)

I: Então a escassez de recursos também é uma limitação?

E5: Sim, ou seja, no meio disto tudo, no meio de tanta coisa, sim, mas, pronto, também considero que não seja esse o maior problema. (44ªfala)

I: Acha que há maneira de ultrapassar estas dificuldades?

E5: Sim, penso que com falta de tanta outra coisa, nomeadamente deste formação, informação, dessas coisas todas, acho que os recursos materiais, até pronto, o espessante ás vezes é mesmo difícil de arranjar, mas a gente consegue sempre pedir ao médico para passar espessante para algum ou para outro, vamos conseguindo agilizar a coisa, por isso penso que nesse sentido, se conseguirmos fazer as coisas de outra maneira, não é por ai, por falta de equipamento que as coisas não serão feitas. Há outro tipo de défices que faltam. (45ªfala)

I: Ok. Agradeço a disponibilidade!

## **ANEXOS**

## **ANEXO I – ESCALA GUSS**

## GUSS Gugging Swallowing Test

Data da avaliação \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_ Identificação doente \_\_\_\_\_

### Secção 1. Avaliação preliminar / teste de deglutição indirecto

	SIM	NÃO
Vigilância (o doente deve estar alerta durante pelo menos 15 minutos)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Tosse e/ou pigarreio (tosse voluntária) (o doente deve conseguir tossir ou pigarrear 2 vezes)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Deglutição de saliva	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Deglutição com sucesso</li> </ul>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sialorreia</li> </ul>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Alterações da voz (rouquidão, gorgolejo, voz molhada ou fraca)</li> </ul>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
TOTAL:	(5)	
	1 – 4 = investigação posterior <sup>1</sup> 5 = Continuar para a secção 2	

### Secção 2. Teste de deglutição directo (Material: Água destilada, colher de chá rasa, espessante, pão)

Seguir a ordem:	1 →	2 →	3 →
	SEMI-SÓLIDO*	LÍQUIDO**	SÓLIDO***
<b>DEGLUTIÇÃO</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Deglutição impossível</li> </ul>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Deglutição demorada (&gt; 2 seg.) (Sólidos &gt; 10 seg.)</li> </ul>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Deglutição com sucesso</li> </ul>	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
<b>TOSSE (involuntária)</b> (antes, durante ou após a deglutição – até 3 minutos após)			
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sim</li> </ul>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Não</li> </ul>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
<b>SIALORREIA</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sim</li> </ul>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Não</li> </ul>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
<b>ALTERAÇÃO DA VOZ</b> (escutar a voz antes e após a deglutição – o doente deve dizer "O")			
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sim</li> </ul>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Não</li> </ul>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
TOTAL:	(5)	(5)	(5)
	1 – 4 = investigação posterior <sup>1</sup> 5 = Continuar para líquido	1 – 4 = investigação posterior <sup>1</sup> 5 = Continuar para sólido	1 – 4 = investigação posterior <sup>1</sup> 5 = Normal
<b>TOTAL: (Secção 1 + Secção 2)</b>	<b>(20)</b>		

*	Administrar primeiro 1/3 de uma colher de chá rasa de água destilada com espessante (consistência de pudim). Se não se observarem sintomas administrar 3 a 5 colheres. Reavaliar no final da última colher.
**	3, 5, 10, 20 ml de água destilada – se não se observarem sintomas continuar com 50 ml de água destilada. Interromper e reavaliar se se observar um dos critérios.
***	Pão seco
<sup>1</sup>	Encaminhar para médico fisiatra

RESULTADOS		GRAVIDADE	RECOMENDAÇÕES
20	Semi-sólido, líquido e sólido com sucesso	Disfagia ligeira / sem disfagia  Risco mínimo de aspiração	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dieta normal</li> <li>• Líquidos normais (primeira refeição com supervisão de enfermeiro)</li> </ul>
15–19	Semi-sólido e líquido com sucesso  Sólido sem sucesso	Disfagia ligeira  Baixo risco de aspiração	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dieta passada</li> <li>• Líquidos muito devagar (um gole de cada vez)</li> <li>• Avaliação especializada<sup>1</sup></li> </ul>
10–14	Semi-sólido com sucesso  Líquido sem sucesso	Disfagia moderada  Risco de aspiração	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dieta semi-líquida</li> <li>• Líquidos espessados</li> <li>• Comprimidos esmagados e misturados em líquido espessado</li> <li>• Não administrar medicação líquida</li> <li>• Avaliação especializada<sup>1</sup></li> </ul> <p><i>Suplementação com via nasogástrica ou parentérica</i></p>
0-9	Investigação preliminar sem sucesso ou semi-sólido sem sucesso	Disfagia grave  Alto risco de aspiração	<ul style="list-style-type: none"> <li>• NPO (<i>non per os</i> – proibida alimentação por via oral)</li> <li>• Avaliação especializada<sup>1</sup></li> </ul> <p><i>Suplementação com via nasogástrica ou parentérica</i></p>

Fonte: <https://gussgroupinternational.files.wordpress.com/2017/01/guss-portuguese-1.pdf>

## **ANEXO II – ESCALA MASA**

## Mann Assessment of Swallowing Ability (MASA) Scoring Sheet

Alertness	2 no response to speech	5 difficult to arouse	8 fluctuates		10 alert
Cooperation	2 no cooperation	5 reluctant	8 fluctuating cooperation		10 cooperative
Auditory comprehension	2 no response to speech	4 occasional motor responses if cued	6 follows simple conversation with repetition	8 follows ordinary conversation with little difficulty	10 NAD
Respiration	2 chest infection sustaining	4 more basal capillations than physiotherapy	6 fine basal capillations	8 apical upper airway clear condition	10 chest clear
Respiratory rate (for swallow)	1 no independent control	3 some control/unsustained	5 able to control breath rate for swallow		
Dysphasia	1 unable to assess	2 no functional speech sounds/single words	3 expresses self in limited manner; short phrases/words	4 mild difficulty finding words or expressing ideas	5 NAD
Dyspraxia	1 unable to assess	2 gaping/incomplete/partial or irrelevant responses	3 speech crude/defective in accuracy or speed on command	4 speech accurate after trial and error, minor searching movements	5 NAD
Dysarthria	1 unable to assess	2 speech unintelligible	3 speech intelligible but obviously defective	4 slow with occasional hesitation or stalling	5 NAD
Saliva	1 gross drool	2 some drool consistency	3 drooling at times	4 frothy/spiculated	5 NAD
Lip seal	1 no closure unable to assess	2 incomplete seal	3 unilaterally weak poor maintenance	4 mild impairment occasional leakage	5 NAD
Tongue movement	2 no movement	4 minimal movement	6 incomplete movement	8 mild impairment in range	10 full ROM
Tongue strength	2 gross weakness	5 unilateral weakness	8 minimal weakness		
Tongue coordination	2 no movement unable to assess	5 gross incoordination	8 mild incoordination		
Oral preparation	2 unable to examine	4 no bolus formation no attempt	6 minimal chew thrust gummy animal	8 lip or tongue seal bolus escape	10 NAD
Gag	1 no gag	2 absent unilaterally	3 diminished unilaterally	4 diminished bilaterally	5 hyperreflexive NAD
Palate	2 no spread or elevation	4 minimal movement and inappreciable escape	6 unilaterally weak	8 slight asymmetry mobile	10 NAD
Bolus clearance	2 no clearance	5 some clearance/voids	8 significant clearance/ minimal residue	10 fully cleared	
Oral transit	2 no movement observed	4 delay > 10 sec	6 delay > 5 sec	8 delay > 1 sec	10 NAD
Cough reflex	1 none observed/unable to assess		3 weak reflexive cough		5 NAD
Voluntary cough	2 no attempt/ unable to assess	5 attempt inadequate	8 attempt bovine	10 NAD	
Voice	2 aphonic unable to assess	4 wet/gurgling	6 hoarse	8 mild impairment slight hoarseness	10 NAD
Trache	1 tracheostomy		5 tracheostomy		10 no trache
Pharyngeal phase	2 no swallow unable to assess	5 pooling/gurgling laryngeal elevation incomplete	8 laryngeal elevation mildly restricted slow initiation incomplete clearance	10 immediate laryngeal elevation clearance of material	
Pharyngeal response	1 not coping/gurgling		5 cough before/during/after swallow		10 NAD
Diet recommendations	NBM risk too great	thick vitaminized oddlot diet	modified soft	soft	normal
Fluid recommendation	NBM	thick fluid (honey)	thick (honey)	thick (nectar)	normal
Swallow integrity	definite dysphagia	probable dysphagia	possible dysphagia	unlikely dysphagia	
Dysphagia	dysphagia	dysphagia	dysphagia	dysphagia	
Aspiration	aspiration	aspiration	aspiration	aspiration	

Moderate dysphagia 130-167      Mild dysphagia 168-177  
 Moderate aspiration = or equal to 148      Mild aspiration 140-100

Total =

Additional Problems: \_\_\_\_\_

Summary: \_\_\_\_\_

Recommendations: \_\_\_\_\_

Diagnosis: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_

## **ANEXO III – ESCALA MASA ADAPTADA**

## Appendix: Dysphagia Screen

Modified Mann Assessment of Swallowing Ability (MMASA)

INSTRUCTIONS:

Circle the most appropriate clinical findings for each indicator.

Calculate the total score by adding the points for each indicator.

Patient Name \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

---

### 1. Alertness

Task: Observe and evaluate the patient's response to speech, limb movement, or painful stimulation

Grade:

- 10 = Alert
- 8 = Drowsy-fluctuating awareness/alert level
- 5 = Difficult to arouse by speech or movement
- 2 = Coma or nonresponsive

### 2. Cooperation

Task: Gain patient's attention and attempt to initiate communication or activity

Grade:

- 10 = Cooperative—engages in some form of verbal or nonverbal exchange
- 8 = Fluctuating co-operation
- 5 = Reluctant co-operation
- 2 = No co-operation/response

### 3. Respiration

Task: Assess status of patient's Task: Assess status of patient's

Grade:

- 10 = Chest clear, no clinical or radiographic evidence of abnormality
- 8 = Sputum in the upper airway or other respiratory condition (e.g., asthma/bronchospasm, chronic obstructive pulmonary disease)
- 6 = Fine basal crepitations/self-clearing
- 4 = Coarse basal crepitations
- 2 = Suspected infection/frequent suctioning/respirator dependent

### 4. Expressive Dysphasia

Task: Assess for disturbances expression

Grade:

- 5 = No abnormality
- 4 = Mild difficulty finding words/expressing ideas
- 3 = Expresses self in a limited manner/short phrases or words
- 2 = No functional speech sounds or undecipherable single words
- 1 = Unable to assess

### 5. Auditory Comprehension

Task: Ability to understand basic verbal communication

Grade:

- 10 = No abnormality
- 8 = Follows ordinary conversation with little difficulty
- 6 = Follows simple conversation/instructions with repetition
- 4 = Occasional response if cued
- 1 = No response

### 6. Dysarthria

Task: Assess articulation

Grade:

- 5 = No abnormality
- 4 = Slow with occasional hesitation and slurring
- 3 = Speech intelligible but obviously defective rate/range/strength/coordination
- 2 = Speech unintelligible
- 1 = Unable to assess

**7. Saliva**

Task: Observe patient's control of saliva; note any escape of secretions from the side of the mouth

Grade:  
 5 = No abnormality  
 4 = Frothy/expectorated into cup  
 3 = Drooling at times, during speech, while side lying or fatigued  
 2 = Some drool consistently  
 1 = Gross drooling, unable to control drooling

**8. Tongue Movement**

Task: Assess tongue movement  
 Protrusion: Have patient extend tongue as forward as possible, and then retract  
 Lateralization: Have patient touch each corner of the mouth, then repeat alternating lateral movements  
 Elevation: With mouth wide open, have patient raise tongue up to palate; alternate elevation and depression in this way

Grade:  
 10 = Full range of movements/no abnormality detected  
 8 = Mild impairment in range  
 6 = Incomplete movement  
 4 = Minimal movement  
 2 = No movement or unable to perform

**9. Tongue Strength**

Task: Assess bilateral tongue strength  
 Have patient push laterally and anteriorly against tongue blade

Grade:  
 10 = No abnormality  
 8 = Minimal weakness  
 5 = Obvious unilateral weakness  
 2 = Gross weakness or unable to perform

**10. Gag**

Task: Contact posterior pharyngeal wall on either side separately

Grade:  
 5 = No abnormality  
 4 = Diminished bilaterally  
 3 = Diminished unilaterally  
 2 = Absent unilaterally  
 1 = No gag response

**11. Cough Reflex**

Task: Ask patient to cough as strong as possible  
 Observe strength and clarity of cough

Grade:  
 10 = No abnormality  
 8 = Cough attempted, but hoarse in quality  
 5 = Attempt inadequate  
 2 = No attempt or unable to perform

**12. Palate**

Task: Ask patient to produce a strong "AH" several times and sustain each one for several seconds  
 Observe for hypemasality and note action of palate elevation

Grade:  
 10 = No abnormality  
 8 = Slight asymmetry noted; mobile palate  
 6 = Unilaterally weak and inconsistently maintained  
 4 = Minimal movement, nasal regurgitation, nasal air escape  
 2 = No elevation of palate or unable to perform

MMASA SCORE = \_\_\_\_\_

**Interpretation**

Score ≥ 95: Start oral diet and progress as tolerated. Monitor first oral intake and consult SPEECH PATHOLOGY if patient has difficulty eating or drinking.

Score ≤ 94: Nothing by mouth and consult SPEECH PATHOLOGY for a formal swallow evaluation.