



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

Relatório de Estágio

**A Intervenção do Enfermeiro Especialista em
Enfermagem de Reabilitação à Pessoa com Alteração da
Deglutição por Lesão Neurológica**

Inês Sofia dos Santos Grazina

**Lisboa
2021**



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

Relatório de Estágio

**A Intervenção do Enfermeiro Especialista em
Enfermagem de Reabilitação à Pessoa com Alteração da
Deglutição por Lesão Neurológica**

Inês Sofia dos Santos Grazina

Orientador: Professor Doutor Miguel Joaquim Nunes Serra

Lisboa

2021

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABVD	Atividade(s) básica(s) de vida diária
ACES	Agrupamento(s) de Centros de Saúde
AVC	Acidente(s) vascular(es) cerebral(is)
AVD	Atividades de Vida Diárias
CDE	Código Deontológico do Enfermeiro
cpm	ciclo(s) por minuto
DGS	Direção-Geral da Saúde
EC	Ensino(s) Clínico(s)
ECCI	Equipa de Cuidados Continuados Integrados
EGA	Equipa de Gestão de Altas
ER	Enfermagem de Reabilitação
EEER	Enfermeiro(s) Especialista(s) em Enfermagem de Reabilitação
ESEL	Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
ESSD	<i>European Society for Swallowing Disorders</i> (Sociedade Europeia para os Distúrbios da Deglutição)
GUSS	<i>Gugging Swallowing Screen</i> (instrumento de avaliação)
IDDSI	<i>International Dysphagia Diet Standardisation Initiative</i>
MIF	Medida de Independência Funcional
MRC	<i>Medical Research Council</i> (Muscle Scale)
OE	Ordem dos Enfermeiros
PEM	Programa(s) de Estimulação Multisensorial
RNCCI	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
UCC	Unidade de Cuidados na Comunidade

“In the end, it’s not the years in your life that count. It’s the life in your years.”

Abraham Lincoln

“Se não saís de ti, não chegas a saber quem és”

José Saramago

Agradecimentos

A elaboração deste relatório é o término de uma fase exigente e desafiante, com muitas noites mal dormidas e calendários apertados. Chegar aqui não teria sido possível sem o apoio de várias pessoas e por isso deixo aqui o meu profundo agradecimento,

Ao Professor Miguel Serra, que esteve sempre disponível, de forma inigualável, e que, com a sua mestria me ajudou a desenvolver estratégias e ferramentas indispensáveis para o desenvolvimento deste percurso académico e profissional;

Aos Enfermeiros Orientadores e a toda a equipa multiprofissional, dos serviços que me aceitaram de braços abertos e acolheram com tamanha motivação, partilhando comigo os seus conhecimentos, a experiência e o gosto que têm em cuidar do outro;

A todos os colegas de serviço e chefias que foram acompanhando este percurso e permitiram trocar o impossível pelo possível, quando a pandemia não parecia dar tréguas aos profissionais de saúde que estavam no terreno;

A toda a minha família, mas em especial à minha mãe Rosário, pai Isaac, irmão Vitor, cunhada Sara, sobrinha Nonô e à amiga do coração Bea, que me apoiaram incondicionalmente e sempre;

E por último, um grande e especial agradecimento ao Tiago, pela compreensão das ausências, pelo incentivo constante e por todo o amor que me deu nos momentos mais difíceis.

RESUMO

Os rituais associados à preparação, confecção e partilha de refeições dependem da cultura em que estamos inseridos, estando associados a momentos de partilha e prazer. As alterações da deglutição têm impacte na funcionalidade da pessoa e respetiva qualidade de vida, podendo originar complicações respiratórias, nutricionais, psicossociais e económicas.

Apesar da sua elevada prevalência, a disfagia continua a ser frequentemente desvalorizada e como tal subdiagnosticada na maioria das instituições que prestam cuidados a pessoas com potencial risco de compromisso da deglutição. Apesar de existirem diversos instrumentos de avaliação disponíveis, não existe consenso sobre qual o melhor.

Posto isto, urge a necessidade de analisar, com base na mais recente evidência científica, qual o papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) na abordagem à pessoa com compromisso da deglutição, neste caso por lesão neurológica.

O presente relatório surge no terceiro semestre do curso de mestrado em enfermagem, na área de especialização em Enfermagem de Reabilitação e visa espelhar o percurso realizado para a aquisição e desenvolvimento do perfil de competências comuns, desenhado para o Enfermeiro especialista, e o perfil de competências específicas para o EEER, em consonância com os indicadores de Dublin, delineados para a obtenção do grau de mestre.

Neste trabalho consta a descrição, reflexão e análise crítica sobre as atividades realizadas no decorrer dos ensinamentos clínicos, que serviram de motor de aprendizagem para o desenvolvimento do respetivo perfil de competências humanas e técnico-científicas.

Conclui-se que o EEER está numa posição privilegiada para identificar e diagnosticar atempadamente situações de disfagia, quer por estar mais próximo do cliente, quer por ser detentor de um vasto conhecimento e experiência acrescida. A implementação de programas de reeducação da deglutição tem ganhos na prevenção de complicações; na maximização da recuperação funcional, da independência e autonomia, que se traduzem num aumento da satisfação e da qualidade de vida percecionados pela pessoa e família.

Palavras-Chave: Alimentação, Disfagia, Autocuidado, Enfermagem de Reabilitação

ABSTRACT

The rituals associated with the preparation, making and sharing of meals depend on the culture in which we operate, being associated with moments of sharing and pleasure. Swallowing alterations have an impact on the person's functionality and respective quality of life, and may lead to respiratory, nutritional, psychosocial and economic complications.

Despite its high prevalence, dysphagia continues to be frequently undervalued and, as such, underdiagnosed in most institutions that provide care to people with potential risk of swallowing impairment. Although there are several assessment tools available, there is no consensus on which is the best.

That said, based on the most recent scientific evidence, there is an urgent need to analyze the role of the rehabilitation specialist nurse (EEER) in approaching the person with swallowing compromise, in this case due to neurological injury.

This report appears in the third semester Nursing Master's course, in the Specialty of Rehabilitation Nursing and aims to reflect the path taken for the acquisition and development of the common skills, designed for the specialist nurse, and the skills specific for the EEER, in line with the Dublin indicators, outlined for obtaining a master's degree.

This work contains a description, reflection and critical analysis of the activities carried out during clinical teaching, which served as a learning engine for the development of the respective profile of human and technical-scientific skills.

It is concluded that the EEER is in a privileged position to timely identify and diagnose dysphagia situations, either because it is closer to the patient, or because it has vast knowledge and increased experience. The implementation of swallowing reeducation programs has earnings in the prevention of complications; in maximizing functional recovery, independence and autonomy, which translate into increased satisfaction and quality of life perceived by the person and his/her family.

Key Words: Feeding, Dysphagia, Self-care, Rehabilitation, Nursing care

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	9
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	13
1.1. Anatomofisiologia da Deglutição	13
1.2. A pessoa com Alteração da Deglutição	14
1.3. Quadro Teórico de Referência	17
1.4. Avaliação de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa com Alteração da Deglutição	20
1.5. Intervenções de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa com Alteração da Deglutição	22
2. PERCURSO REALIZADO PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COMO ENFERMEIRA ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO ..	31
2.1 Breve descrição dos contextos de ensino clínico	31
2.2 Competências Comuns do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.....	33
2.3 Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.....	41
2.4 Competências Específicas na Reeducação da Deglutição da Pessoa com Disfagia decorrente de Lesão Neurológica	58
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS	66
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	71

APÊNDICES

APÊNDICE I – Projeto de Estágio

APÊNDICE II – I Estudo de Caso

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Avaliação dos Pares Cranianos com envolvimento direto na Deglutição.....	20
Tabela 2. Intervenções de ER à Pessoa com Alteração da Deglutição – Técnicas Posturais	24
Tabela 3. Intervenções de ER à Pessoa com Alteração da Deglutição – Estimulação sensitiva e Mudanças Voluntárias da Deglutição.....	25
Tabela 4. Intervenções de ER à Pessoa com Alteração da Deglutição – Exercícios de Amplitude de Movimentos e Fortalecimento Muscular.....	28

INTRODUÇÃO

O avanço da tecnologia e do conhecimento na área da saúde permitiu-nos assistir a um aumento da esperança média de vida, marcado pelo envelhecimento populacional. Porém, trouxe-nos novos desafios, colocando o foco do paradigma atual na gestão das doenças crónicas, que assumem um peso preponderante nos cuidados de saúde.

Uma vez que a doença crónica está associada a uma redução da qualidade de vida nos anos vividos, impõe-se contrariar este fenómeno. Neste sentido, o Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares estabelece como principal objetivo a redução da mortalidade prematura (antes dos 70 anos) (Ministério da Saúde, 2018); que vai ao encontro das Metas de Saúde 2020, traçadas no Plano Nacional de Saúde – Revisão e Extensão a 2020 – onde se estipula “A. Reduzir a mortalidade prematura (≤ 70 anos), para um valor inferior a 20%” e “B. Aumentar a esperança de vida saudável aos 65 anos de idade em 30%” (DGS. Ministério da Saúde. 2015).

Segundo os dados estatísticos atualmente disponíveis, a prevalência de disfagia orofaríngea na pessoa portadora de acidente vascular cerebral (AVC) pode variar entre 8.1 a 81% (Takizawa, Gemmell, Kenworthy & Speyer, 2016). Nas pessoas portadoras de doença de Parkinson, Rofes et. al (2011) apontam uma prevalência na ordem dos 52 a 82%, enquanto Takizawa, Gemmell, Kenworthy & Speyer (2016) relatam estar entre os 11 e os 81%. No que diz respeito às pessoas com esclerose múltipla, Guan et. al. (2015) citado por Tarameshlu, Ghelichi, Azimi & Ansari (2018) referem que em cada três pessoas, uma apresenta disfagia. Por último, Rofes et. al (2011) descrevem que 40% das pessoas idosas apresentam disfagia, sendo que, no caso das pessoas idosas institucionalizadas, esse valor aumenta para mais de 60%. Importa destacar que em cada dez pessoas idosas com pneumonia adquirida na comunidade (importante causa de mortalidade nesta população), nove já apresentava disfagia orofaríngea (Takizawa, Gemmell, Kenworthy & Speyer, 2016).

Não obstante os dados supramencionados serem representativos de uma grande amplitude de prevalências, é consensual entre os vários autores que a disfagia é uma situação frequentemente subdiagnosticada e desvalorizada. Este problema pode explicar-se quer pelos diferentes critérios descritos para o diagnóstico de

disfagia, quer por não existir um instrumento de avaliação padronizado e aceite como o mais adequado entre a comunidade científica.

A disfagia está associada a complicações respiratórias, nutricionais, psicossociais (Baijens et. al, 2016; Braga, 2017a; Howard, Nissenon, & Meeks, 2018; Tarameshlu, Ghelichi, Azimi, & Ansari, 2018; Christmas & Rogus-Pulia, 2019) e económicas, onde se destacam os elevados custos em saúde relacionados com o aumento dos dias de internamento e das taxas de reinternamento (Baijens et. al, 2016; Braga, 2017a). Por estes motivos, pode concluir-se que a disfagia está associada a uma diminuição da qualidade de vida da pessoa e família.

A Sociedade Europeia para as Alterações da Deglutição (ESSD) recomenda que se proteja a alimentação oral, à admissão de qualquer pessoa com potencial risco de alteração para a função de deglutir, até que seja realizada uma avaliação adequada e rigorosa por um profissional competente na área. Aqui importa realçar que a pessoa portadora de lesão neurológica está em maior risco de apresentar alterações da deglutição. Além disso, e tendo em consideração o processo de envelhecimento, o risco anteriormente referido aumenta consideravelmente se a pessoa com lesão neurológica for também idosa.

Segundo o regulamento nº392/2019 o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) deve demonstrar ser capaz de realizar, implementar e monitorizar planos de enfermagem de reabilitação (ER) diferenciados que vão ao encontro das necessidades das pessoas, baseados nos reais problemas e antecipando os potenciais (Regulamento nº392/2019). São competências específicas a demonstrar pelo EEER a capacidade para a) cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados; b) capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania e c) maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa (Regulamento nº392/2019).

Posto isto, e para que o EEER possa intervir adequadamente junto da pessoa com potencial risco de compromisso da deglutição, e desta forma prevenir as complicações associadas, é importante que detenha competências técnico-científicas sólidas e baseadas na mais recente evidência científica sobre como realizar uma avaliação adequada da pessoa e respetiva função de deglutir. Neste seguimento, sabe-se que a reeducação da deglutição permite manter ou recuperar a

independência para a alimentação, tornando-a segura e eficaz, prevenindo complicações e maximizando a satisfação da pessoa.

Esta temática enquadra-se nas áreas de investigação prioritárias para a especialidade de ER elencadas pela Ordem dos Enfermeiros (OE, 2015). Neste sentido, procura-se desenvolver e aprofundar as “Intervenções autónomas do enfermeiro de reabilitação na função motora” (área considerada emergente) e mais concretamente “Intervenções autónomas do enfermeiro de reabilitação na deglutição” (área considerada prioritária) (OE, 2015).

Para estudar esta problemática recorreu-se ao modelo teórico de Dorothea Orem, que vai ao encontro da filosofia de cuidados do EEER, já que, concordando com Petronilho & Marques (2017, p.8), “o sistema de enfermagem concebido pelos enfermeiros é baseado nas necessidades de AC [autocuidado] e nas capacidades da pessoa no desempenho das atividades do AC [autocuidado]”. Ou seja, para que tal aconteça o EEER deve demonstrar ser capaz de identificar os défices de autocuidado e de seguida implementar programas de ER que maximizem as capacidades da pessoa, diminuam as suas limitações ou introduzam estratégias de adaptação para as necessidades de autocuidado identificadas.

Não obstante a temática escolhida, as competências do EEER são bastante mais amplas que esta área de atuação, e por esse motivo houve necessidade de explorar, aprofundar e desenvolver as competências comuns do enfermeiro especialista (EE) e as restantes competências específicas do EEER. Posto isto, para a prossecução do EC definiram-se três objetivos gerais: (1) Desenvolver competências especializadas na área da ER à pessoa com compromisso da deglutição por lesão neurológica; (2) Desenvolver competências especializadas na área de ER à pessoa com alteração sensoriomotora, cardiorrespiratória, cognitiva, da eliminação e da sexualidade; e (3) Desenvolver competências comuns do EE nos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal; da melhoria contínua da qualidade; da gestão dos cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

O presente relatório de atividades surge no terceiro semestre do 11º curso de mestrado em enfermagem, na área de especialização em ER, e visa descrever e analisar criticamente o percurso delineado ao longo destes três semestres, com especial foco no terceiro, que decorreu em ensino clínico (EC) e foi palco das

atividades posteriormente descritas e analisadas. O presente trabalho pretende ainda ser prova das competências desenvolvidas, que vão ao encontro do perfil de competências técnico-científicas expectáveis no segundo ciclo, explanadas nos descritores de Dublin (Quadro de Qualificações do Ensino Superior em Portugal, 30 de maio de 2011).

A estrutura do relatório está dividida em três capítulos: no primeiro é realizado um enquadramento teórico da problemática estudada: a intervenção do EEER à pessoa com alteração da deglutição por lesão neurológica; no segundo, é descrito e analisado o percurso concretizado para o desenvolvimento de competências como futura EEER; e no terceiro são descritas e analisadas as considerações finais do percurso realizado.

O enquadramento teórico baseou-se numa revisão narrativa da literatura, que procurou dar resposta à seguinte questão de investigação “Que intervenções pode o EEER desenvolver à pessoa com alteração da deglutição por lesão neurológica?”. A metodologia utilizada na pesquisa de evidência científica apoiou-se nas bases de dados CINAHL Complete e MEDLINE Complete (através da plataforma EBSCOhost) e decorreu nas três primeiras semanas de julho de 2020. Para além destes foram ainda analisados relatórios institucionais (nacionais e internacionais), manuais da especialidade e guias de boas práticas incluídos como literatura cinzenta sobre a temática.

Apesar da revisão narrativa da literatura ter decorrido entre o período temporal previamente referido, importa ressaltar que durante o período de EC houve uma necessidade imperativa de manter atualizados os conhecimentos recorrendo às bases de dados previamente referidas. Desta forma, também o enquadramento teórico foi sendo reformulado de acordo com as mais recentes leituras.

Por fim, acrescenta-se que este relatório foi redigido de acordo com as orientações para a elaboração de trabalhos escritos em vigor na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, assentes na 7^a edição da norma APA (*American Psychological Association*).

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1. Anatomofisiologia da Deglutição

A deglutição é caracterizada como uma função complexa que se traduz na capacidade de ingerir substâncias através da boca, dirigindo-as à faringe e posteriormente ao esófago. Depende de componentes voluntários e reflexos, envolve vinte e seis pares de músculos e cinco nervos cranianos (Braga, 2017a). Anatomicamente depende da cavidade oral, faringe, laringe e esófago (Glenn-Molali, 2011; Braga, 2017a; Christmas & Rogus-Pulia, 2019). Atendendo à fisiologia da deglutição esta pode ser dividida em quatro fases: fase oral preparatória, fase oral, fase faríngea e fase esofágica (Glenn-Molali, 2011; Baijens et. al, 2016; Braga, 2017a; Christmas & Rogus-Pulia, 2019).

A fase oral preparatória compreende a mastigação dos alimentos e o seu envolvimento em saliva, formando o bolo alimentar que é preparado para ser deglutido. A sua duração depende da consistência dos alimentos (Glenn-Molali, 2011; Braga, 2017a; Christmas & Rogus-Pulia, 2019). Na fase oral o bolo alimentar é transportado desde a região central da língua para a orofaringe (Glenn-Molali, 2011; Braga, 2017a; Christmas & Rogus-Pulia, 2019).

Tanto a fase oral preparatória, como a fase oral são voluntárias, pelo que estão diretamente dependentes do estado de consciência e nível de alerta da pessoa. Estas duas fases são as únicas cuja avaliação pode ser realizada de forma não invasiva. Pessoas com xerostomia, diminuição da força da língua, portadoras de demência, *delirium* ou sob terapêutica sedativa podem demonstrar alterações na execução destas fases. São fatores a ter atenção longos períodos de mastigação ou presença de resíduos na boca (Christmas & Rogus-Pulia, 2019).

A fase faríngea é a mais complexa, e que, apesar de maioritariamente reflexa, depende de início voluntário, combinando uma cadeia de atos complexos, rápidos e coordenados, com uma duração aproximada de um segundo. Aqui é importante ter em consideração que uma duração superior a um segundo poderá significar um atraso na deglutição. Nesta fase a língua propulsiona o bolo para a faringe, dando-se a progressão do bolo desta estrutura para o esófago, ocorrendo em simultâneo com o isolamento e proteção da via aérea. A respiração é suspensa nesta fase, implicando

uma grande coordenação entre as estruturas envolvidas (Glenn-Molali, 2011; Braga, 2017a; Christmas & Rogus-Pulia, 2019).

Nesta fase, é comum que pessoas portadoras de tumor ou abscesso faríngeo, trauma das cordas vocais, esclerose lateral amiotrófica, doença de Parkinson ou que tenham sofrido anteriormente um AVC manifestem alterações. Assim, deve ser dada especial atenção à manifestação de sinais como: a regurgitação nasal dos alimentos, alteração da voz do tipo “molhada” e tentativas de limpeza da garganta, como pigarrear (Christmas & Rogus-Pulia, 2019).

A fase esofágica é uma fase involuntária, que depende dos movimentos peristálticos do esôfago para mover o bolo alimentar até ao estômago (Baijens et. al, 2016), podendo variar entre oito e vinte segundos (Glenn-Molali, 2011; Braga, 2017a; Christmas & Rogus-Pulia, 2019). Nesta fase, deve verificar-se a presença de sinais como sensação de dor ou aperto torácico e regurgitação de alimentos não digeridos (Christmas & Rogus-Pulia, 2019).

Por fim, constata-se que a eficácia da deglutição depende da capacidade em ingerir o aporte nutricional necessário e recomendado para a pessoa; já a segurança diz respeito à garantia de que essa ingestão é realizada sem que daí advenham complicações respiratórias (, 2011; ESSD, 2012; Baijens et. al, 2016).

1.2. A pessoa com Alteração da Deglutição

Qualquer alteração no harmonioso funcionamento das estruturas anatómicas envolvidas ou da sua coordenação pode resultar em disfagia. A disfagia orofaríngea é então definida como uma alteração ou compromisso na formação do bolo alimentar ou no transporte seguro de substâncias sólidas ou líquidas desde a cavidade oral até ao esôfago. Ou seja, pode ser decorrente de alterações neurológicas e/ou estruturais, podendo ainda estar relacionada com a toma de certos medicamentos (Glenn-Molali, 2011; , 2011; Braga, 2017a; Christmas & Rogus-Pulia, 2019). Está identificada na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde no ponto b5105 (Organização Mundial da Saúde, 2004).

A disfagia pode levar a complicações respiratórias (como a pneumonia), nutricionais (desidratação, desnutrição, perda de peso) e psicossociais (maior dependência nas atividades de vida diárias, redução da disponibilidade e interesse

em participar em programas de reabilitação e diminuição da qualidade de vida quer da pessoa, quer da família e cuidadores) (Baijens et. al, 2016; Braga, 2017a; Howard, Nissenson, & Meeks, 2018; Tarameshlu, Ghelichi, Azimi, & Ansari, 2018; Christmas & Rogus-Pulia, 2019). Está ainda associada a um aumento dos dias de internamento e das taxas de reinternamento, o que resulta num aumento dos custos em saúde (Baijens et. al, 2016; Braga, 2017a).

Contudo, e apesar das múltiplas complicações associadas, é consensual entre a comunidade científica que esta é uma situação frequentemente negligenciada na prática clínica e por este motivo subdiagnosticada.

No que diz respeito às estimativas epidemiológicas, surge na literatura a Revisão Sistemática realizada por Takizawa, Gemmell, Kenworthy & Speyer (2016) no sentido de sistematizar os dados epidemiológicos existentes relativos à disfagia orofaríngea consequente de lesão neurológica. À exceção deste estudo e até à data de realização deste trabalho¹ não foram encontrados estudos semelhantes que demonstrassem a prevalência e incidência da disfagia.

Em vinte e quatro estudos que cumpriam os critérios de inclusão e que analisavam a prevalência da disfagia orofaríngea na pessoa portadora de AVC, verificaram-se variações na ordem dos 8.1 a 80% (Takizawa, Gemmell, Kenworthy & Speyer, 2016). Em seis estudos realizados a pessoas com Doença de Parkinson, a prevalência estimava-se entre 11 a 81%. Não foram encontrados estudos que cumprissem os critérios de inclusão e cuja população incluísse pessoas portadoras de doença de Alzheimer (Takizawa, Gemmell, Kenworthy & Speyer, 2016). Contudo, Baijens et al. (2016) apontam para uma prevalência estimada na ordem dos 80% (Baijens et. al, 2016).

As estimativas epidemiológicas marcadamente variáveis estão relacionadas com o facto de serem utilizados diferentes instrumentos de avaliação da deglutição. Ao passo que em certos estudos a medida utilizada era o relato pessoal acompanhado de aplicação de escalas, noutros utilizava-se a videofluoroscopia ou avaliação endoscópica da deglutição realizada por profissionais experientes e competentes (Takizawa, Gemmell, Kenworthy & Speyer, 2016). Para além disto, os autores salientam o facto de diferentes estudos avaliarem diferentes graus de severidade para

¹ consideremos como limite temporal para a pesquisa bibliográfica que culmina na elaboração deste relatório desde o segundo semestre de 2020 ao primeiro de 2021

a mesma patologia. Por exemplo, a prevalência de disfagia orofaríngea como sequela de um AVC varia consoante o tempo decorrido desde a lesão, apresentando taxas mais baixas decorridos um a três meses (Takizawa, Gemmell, Kenworthy & Speyer, 2016).

Importa acrescentar que, dos estudos incluídos, em cada dez pessoas idosas (com 65 anos ou mais) com pneumonia adquirida na comunidade, nove apresentavam disfagia orofaríngea (Takizawa, Gemmell, Kenworthy & Speyer, 2016). Para além deste estudo, vários autores apontam a disfagia orofaríngea na pessoa idosa como o principal mecanismo fisiopatológico responsável pelo desenvolvimento de pneumonias adquiridas na comunidade (, 2011; Glenn-Molali, 2011; Baijens et. al, 2016; Takizawa, Gemmell, Kenworthy & Speyer, 2016; Christmas & Rogus-Pulia, 2019). Tendo em conta os dados previamente apresentados, os autores sugerem que a disfagia seja considerada fator de risco para desenvolvimento de pneumonia adquirida na comunidade (Baijens et. al, 2016; Takizawa, Gemmell, Kenworthy & Speyer, 2016). Assim, pode concluir-se que a avaliação da pessoa com alteração da deglutição e a elaboração de um plano de cuidados adequado e adaptado às suas necessidades irá prevenir complicações tais como as pneumonias adquiridas na comunidade, responsáveis major pelo aumento da morbilidade e mortalidade nas pessoas idosas.

Ainda na mesma linha de pensamento, Baijens et. al (2016) propõe que a disfagia se enquadre no síndrome geriátrico, já que assume uma elevada prevalência nesta população e está diretamente relacionada com o aumento da idade, a diminuição da capacidade funcional, a fragilidade, a polimedicação e as multi-comorbilidades, dependendo o seu tratamento de uma intervenção com abordagem multidimensional.

Tendo em consideração que a deglutição é um processo complexo e dependente da integridade neuromuscular, compreende-se que esta função esteja frequentemente alterada nas pessoas portadoras de doenças neurológicas (Glenn-Molali, 2011). A diminuição da sensibilidade das estruturas envolvidas na deglutição, a fraqueza dos músculos da cabeça e pescoço (Baijens et. al, 2016), uma mastigação ou controlo da língua deficiente (Glenn-Molali, 2011), o comprometimento da estrutura neuronal e um atraso na condução dos estímulos aferentes ao sistema nervoso central são situações comuns na pessoa com lesão neurológica e que podem estar relacionadas com o aumento do risco de desenvolvimento de disfagia (Baijens et. al,

2016). São exemplo de doenças neurológicas com frequente manifestação de alteração da deglutição a doença de parkinson, miastenia gravis, esclerose lateral amiotrófica, esclerose múltipla, coreia de Huntigton e AVC (Glenn-Molali, 2011). Este último é frequentemente associado à disfagia, e por ser ampla e largamente estudado é também a situação que mais dados permite inferir acerca da prevalência e incidência da disfagia na população afetada (Braga, 2017a).

Em suma, tendo em consideração a patofisiologia das diferentes doenças neurológicas, compreende-se facilmente que possa ocorrer alterações em mais do que uma fase da deglutição. Posto isto, importa compreender que as intervenções de ER dirigidas a estas pessoas são complexas e devem incluir várias abordagens (Glenn-Molali, 2011).

1.3. Quadro Teórico de Referência

Orem define o conceito de Autocuidado como sendo uma função humana reguladora, complexa e não inata, que diz respeito à prática de atividades realizadas por pessoas maduras, num determinado período e em benefício próprio, com vista à manutenção da vida, da saúde, do desenvolvimento pessoal e bem-estar. Para que a prática do autocuidado possa ser realizada intencionalmente pela pessoa madura, a teórica descreve a necessidade de se verificarem três tipos de requisitos de autocuidado: universais, de desenvolvimento e desvios à saúde (Taylor, 2004; Petronilho & Machado, 2017).

Os requisitos universais de autocuidado são transversais a todas as pessoas, independentemente do ciclo de vida em que se encontrem e devem ser encarados como requisitos inter-relacionados, em que o compromisso de um irá afetar inevitavelmente os restantes. São eles a: (1) manutenção de uma ingestão suficiente de ar, água e comida; (2) cuidados associados ao processo de eliminação e excrementos; (3) manutenção do equilíbrio entre atividade e descanso e (4) entre solidão e interação social; (5) prevenção de riscos para a vida e bem-estar do ser humano e, por último, (6) promoção do desenvolvimento do ser humano dentro de grupos sociais, de acordo com o seu potencial e considerando as suas limitações (Taylor, 2004; Petronilho & Machado, 2017).

A pessoa com disfagia poderá apresentar alteração de qualquer um dos requisitos universais previamente elencados, contudo, importa atentar em primeiro lugar ao requisito universal (1) manutenção de ingestão suficiente de ar, água e comida. Dependendo da importância que a pessoa e família atribuem aos rituais associados à refeição, a pessoa com disfagia poderá ainda isolar-se e, por conseguinte, apresentar alteração do requisito (4) manutenção do equilíbrio entre solidão e interação social. Pode também estar comprometido o requisito (5) prevenção de riscos para a vida e bem-estar do ser humano, sempre que se observem complicações decorrentes da disfagia.

Quando as necessidades de autocuidado são superiores à capacidade da pessoa para as executar, surge o déficit de autocuidado, que pode ser colmatado com os cuidados de enfermagem. Assim surge a Teoria de Enfermagem do Déficit de Autocuidado formulada por Orem (Taylor, 2004), que “exprime e desenvolve a razão pela qual as pessoas necessitam de cuidados de enfermagem” (Petronilho & Machado, 2017, p.7), estabelecendo ainda a relação entre a capacidade para o autocuidado e as necessidades externas de cuidado.

A Teoria dos Sistemas de Enfermagem inclui a Teoria do Déficit de Autocuidado e a Teoria do Autocuidado e comporta as ações desenvolvidas deliberadamente pelos enfermeiros com vista a maximizar as capacidades da pessoa. Desta forma, as intervenções de enfermagem podem ser divididas em três sistemas básicos de enfermagem: totalmente compensatório, parcialmente compensatório, ou de apoio-educativo (Taylor, 2004).

No sistema totalmente compensatório a pessoa é incapaz de realizar o autocuidado, sendo necessário que o enfermeiro a substitua por completo. Quando ela é capaz de realizar parcialmente o autocuidado, o enfermeiro deve assistir e compensar as limitações da pessoa, estando perante um sistema parcialmente compensatório. Por último, se a pessoa é capaz de executar o autocuidado, estamos perante um Sistema de Apoio-Educação (Taylor, 2004; Petronilho & Machado, 2017).

Partindo do exemplo da pessoa com compromisso da deglutição por lesão neurológica, que se encontra em estado comatoso e que por este motivo não está capaz de se alimentar, o enfermeiro deverá substituí-la por completo nesse autocuidado, alimentando-a através de sonda nasogástrica ou outro método substituto. Contudo, perante uma pessoa capaz de compreender e executar algumas

das indicações, o enfermeiro deverá assumir um sistema parcialmente compensatório, compensando as limitações da pessoa e realizando as tarefas que a pessoa não está capaz. Como é o caso da pessoa portadora de AVC com diminuição da força ou coordenação dos membros, em que poderá ser necessário ajudar a pessoa a dispor e cortar os alimentos durante o período de refeição. Por último, e exemplificando na prática uma situação de sistema de apoio-educativo pode ter-se em consideração a pessoa com doença de Parkinson capaz de exercer o autocuidado, mas com necessidade de ensino e orientação no que diz respeito às estratégias a desenvolver no decorrer da evolução da sua doença.

Os métodos de ajuda existentes e que devem ser geridos pelo enfermeiro para ultrapassar ou compensar as limitações da pessoa dependente no autocuidado são (1) atuar por ou fazer pelo outro; (2) orientar e dirigir; (3) fornecer apoio físico ou psicológico; (4) proporcionar e manter um ambiente que permita e potencie o desenvolvimento pessoal e (5) ensinar (Taylor, 2004).

1.4. Avaliação de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa com Alteração da Deglutição

A avaliação completa da pessoa deve incluir toda a sua informação clínica, bem como a avaliação neurológica (estado de consciência, orientação, atenção, memória, comportamento, percepção, capacidade de compreensão e execução de comandos) (Glenn-Molali, 2011; Braga, 2017a), contemplando aí a avaliação dos pares cranianos com envolvimento direto na deglutição (Tabela 1) (Glenn-Molali, 2011; Braga, 2017a).

Tabela 1. Avaliação dos Pares Cranianos com envolvimento direto na Deglutição

Avaliação dos Pares Cranianos com envolvimento direto na Deglutição				
V (Trigêmeo)	<u>Inervação motora:</u> músculos da mastigação (masséter, temporal, pterigoideus interno e externo), palato mole (tensor do véu palatino), garganta (ventre anterior do digástrico e músculo milo-hióideu) e ouvido médio (tensor do tímpano). <u>Inervação sensitiva:</u> face, cavidade oral (sensibilidade nos 2/3 anteriores da língua, palato mole, dentes) e cavidade nasal.	Sensibilidade tátil	Divisão oftálmica	
			Divisão maxilar	
			Divisão mandibular	
		Sensibilidade térmica	Divisão oftálmica	
			Divisão maxilar	
			Divisão mandibular	
		Sensibilidade dolorosa	Divisão oftálmica	
			Divisão maxilar	
			Divisão mandibular	
VII (Facial)	<u>Inervação motora:</u> músculo da mímica facial, músculo do ouvido médio e músculo hióideu. <u>Inervação sensorial:</u> paladar nos 2/3 anteriores da língua	* A sua lesão manifesta-se por paralisia facial (perda da sensação do paladar nos 2/3 anteriores da língua e diminuição da salivação).		
IX (Glossofaríngeo)	<u>Inervação motora:</u> músculo faríngeo (estilofaríngeo) <u>Inervação sensitiva:</u> sensibilidade e paladar no 1/3 posterior da língua e sensibilidade da faringe.	* A sua lesão manifesta-se por dificuldade na deglutição; perda do paladar no 1/3 posterior da língua e redução da salivação.		
X (Vago)	<u>Inervação motora:</u> palato mole, faringe e músculos intrínsecos da laringe e palatoglosso <u>Inervação sensitiva:</u> paladar na raiz da língua, faringe inferior e laringe	* A sua lesão manifesta-se por dificuldade na deglutição e ou rouquidão; a úvula desvia-se, afastando-se do lado afetado.		
XII (Grande hipoglosso)	<u>Inervação motora:</u> músculos intrínsecos da língua	* Quando existe lesão deste nervo, ao pedir à pessoa para trazer a língua para fora da cavidade oral, ela apresenta desvio para o lado do nervo lesado.		

Fonte: Seeley, Stephens & Tate (2011); Braga (2017a)

Deve atender à integridade da cavidade oral; presença ou ausência de peças dentárias e respetivo estado; presença de prótese dentária e respetiva fixação e estado nutricional (Glenn-Molali, 2011; Braga, 2017a).

Do mesmo modo é importante saber quais os hábitos e preferências alimentares. De acordo com o contexto onde se realiza a prestação de cuidados, pode ainda ser relevante identificar quem prepara os alimentos (Glenn-Molali, 2011).

Quando a avaliação da deglutição à cabeceira do doente for insuficiente para garantir a segurança da alimentação oral é recomendado a realização de outros métodos de estudo como a videofluroscopia e a videoendoscopia ou estudo endoscópico da deglutição (Glenn-Molali, 2011; Braga, 2017a). Este último é considerado um método fácil e rápido, tendo a vantagem de não necessitar de expor a pessoa a radiações durante o seu procedimento (Souza, Silva, Cola & Onofri, 2019). Para além destas vantagens, Souza, Silva, Cola & Onofri (2019) apontam a videoendoscopia como sendo o método com maior sensibilidade na identificação e avaliação da quantidade de resíduos faríngeos após a deglutição.

Existem vários instrumentos de medida que se propõem a despistar a presença de disfagia e respetivo grau de severidade, são exemplos a *Eating Assessment Tool* (EAT-10), a *Function Oral Intake Scale* (FOIS), a *Yale Pharyngeal Residue Severity Rating Scale*, a *Volume-Viscosity Swallow Test* (V-VST), a *Bedside Swallow Screening Test* (BEST), a *Dysphagia Trained Nurse Assessment* (DTNA), a *Gugging Swallowing Screen* (GUSS) e a *Toronto Bedside Swallowing Screening Test*. De todos os instrumentos anteriormente referidos, apenas os últimos dois estão contemplados no documento da OE (2016) que compila os instrumentos de recolha de dados para a documentação dos cuidados especializados em ER, e desses, apenas um está traduzido e validado para a população portuguesa à data de elaboração deste relatório (Ferreira, Pierdevara, Ventura, Gracias, Marques & Mendonça, 2018). Não obstante, apesar do aumento de estudos e pesquisas na área da deglutição, ainda se desconhece qual o instrumento mais adequado para a sua avaliação (Braga, 2017a).

Especificando o único instrumento validado para a população portuguesa, a GUSS é um instrumento desenhado originalmente para avaliar a deglutição de pessoas com AVC e dividido em duas fases: avaliação indireta da deglutição e avaliação direta (Trapl et al., 2007; OE, 2016). No final da sua aplicação fornece

orientações sobre a dieta recomendada, de acordo com o score obtido (Trapl et al., 2007; OE, 2016).

1.5. Intervenções de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa com Alteração da Deglutição

A abordagem à pessoa com potencial compromisso da deglutição deve visar capacitar a pessoa para que seja capaz de ingerir, de forma segura e eficaz uma dieta normal e sem restrições (Tarameshlu, Ghelichi, Azimi & Ansari, 2018).

A reeducação da deglutição visa melhorar a fisiologia da deglutição, através do treino de determinados músculos ou grupos musculares envolvidos nesta função. Apresenta como benefícios a otimização da fisiologia da deglutição, a melhoria da capacidade funcional da pessoa, e a prevenção ou redução das complicações associadas à disfagia (Baijens et. al, 2016), que é obtida através do aumento da amplitude das estruturas orais e faríngeas, da melhoria do *input* sensitivo e da coordenação dos movimentos orofaríngeos durante a deglutição (Rofes et al, 2011; Braga, 2017b; Tarameshlu, Ghelichi, Azimi & Ansari, 2018).

Na elaboração de um plano de cuidados à pessoa com disfagia, e tendo em consideração a avaliação inicial, podem ser delineadas várias abordagens como sejam: as técnicas posturais (tabela 2), a estimulação sensitiva (tabela 3), mudanças voluntárias na deglutição (tabela 4), exercícios de amplitude de movimentos e fortalecimento muscular, alterações na dieta e cinesiterapia respiratória (Braga, 2017b).

No caso das técnicas compensatórias, elas visam minimizar ou eliminar os sintomas ou consequências da disfagia, não apresentando qualquer efeito ao nível da fisiologia da deglutição; são fáceis de aplicar e não causam fadiga na sua realização. São exemplos destas técnicas a higiene oral, as técnicas posturais que otimizam a progressão do bolo alimentar, manobras acessórias da deglutição, estratégias associadas à alimentação e modificações da própria dieta (, 2011; Baijens et. al, 2016; Braga, 2017b; Christmas & Rogus-Pulia, 2019).

Uma das técnicas posturais recomendada na literatura diz respeito à alimentação da pessoa na posição de sentada, mantendo essa posição pelo menos nos 30 minutos após o término da refeição (Baijens et. al, 2016; Braga, 2017b).

No caso da higiene oral, ela é de extrema importância já que uma higiene oral deficitária está diretamente relacionada com o desenvolvimento de pneumonia, em especial na população com disfagia, dado que esta população possui uma maior prevalência de agentes patogênicos na cavidade oral, em comparação com a restante população (Baijens et. al, 2016).

Segundo uma revisão sistemática da literatura realizada por Maarel-Wierink; Vanobbergen; Bronkhorst; Schols; & Baat (2013) citado por Baijens et. al (2016), as recomendações para uma higiene oral adequada que têm demonstrado prevenir a incidência de pneumonias de aspiração na população idosa incluem: a higiene oral após cada refeição, a lavagem das próteses dentárias pelo menos uma vez por dia e a ida regular ao dentista.

Tabela 2. Intervenções de ER à Pessoa com Alteração da Deglutição – Técnicas Posturais

Intervenções de ER à Pessoa com alteração da Deglutição		
Técnicas Posturais		
Flexão cervical	A flexão anterior da cervical permite esconder a valécula e, desta forma, proteger melhor as vias aéreas, diminuindo o risco de aspiração. Deve ser dada especial atenção nas pessoas que acumulam o bolo alimentar nos seios piriformes, pelo aumento do risco de aspiração nestas situações	Útil em pessoas com: ▪ atraso no reflexo da deglutição; ▪ diminuição na elevação da laringe; ▪ redução da retração da língua; ▪ redução do encerramento laríngeo.
Extensão Cervical	A extensão da cervical, ou inclinação posterior da cabeça permite que os alimentos se desloquem mais rapidamente para a faringe graças à ação da gravidade. Não deve ser realizada por pessoas com défice na compreensão, no planeamento motor ou que realizam os movimentos de forma impulsiva.	Útil em pessoas com: ▪ problemas na língua ▪ parte da língua removida.
Rotação cervical para o lado afetado	A rotação cervical para o lado afetado permite potenciar a adução das pregas vocais do lado afetado (para onde se realiza a rotação)	Útil em pessoas com: ▪ parésia unilateral da faringe ou da laringe ▪ lesão unilateral das cordas vocais
Flexão lateral para o lado funcional (ou são)	Na rotação cervical para o lado funcional o bolo alimentar é conduzido para o lado são da faringe, reduzindo o risco de aspiração	Útil em pessoas com: ▪ alterações na fase oral e faríngea homolateral - lesão unilateral da língua e faringe
Decúbito (dorsal ou lateral)	Na realização do decúbito dorsal ou lateral, existe uma redução do peristaltismo e da elevação faríngea, pela diminuição do efeito da gravidade. Desta forma é possível influenciar o trajeto realizado pelo bolo alimentar, melhor conduzindo-o ao esófago.	Útil em pessoas com: ▪ lesão faríngea bilateral ▪ redução da elevação laringea

Adaptado de Glenn-Molali (2011); (2011); Baijens et. al (2016); Braga (2017b)

Tabela 3. Intervenções de ER à Pessoa com Alteração da Deglutição – Estimulação sensitiva e Mudanças Voluntárias da Deglutição

Estimulação Sensitiva	
Mudança no Sabor	O sabor amargo potencia o estímulo oral através da estimulação do V par craniano, podendo reduzir o tempo decorrido na fase oral e faríngea. O ácido cítrico potencia os reflexos envolvidos na deglutição e estimula a secreção de saliva.
Mudança no Volume	O aumento do volume aumenta a estimulação sensitiva, desencadeando mais rapidamente a deglutição. Contudo, maiores volumes podem aumentar o risco de aspiração.
Temperatura	Segundo Pauloski (2008) citado por Braga (2017b, p.265) a “estimulação térmica aumenta o estímulo sensitivo na área onde a partir da qual o reflexo de deglutição é desencadeado”. Pode ser utilizada caso a pessoa apresente atraso no reflexo de deglutição.
Bebidas Gaseificadas	Permitem uma mais rápida ativação do reflexo de deglutição através da estimulação dos recetores da boca pelas moléculas de ácido carbónico. Além disto, as bebidas gaseificadas apresentam sabor e aroma intensificado.
Mudanças Voluntárias da Deglutição	
Respiração Supraglótica	A técnica consiste em sustentar a respiração durante todo o processo de deglutição, garantindo o encerramento das cordas vocais durante estes momentos. A pessoa é instruída a inspirar, realizar apneia, deglutir e expirar ou tossir. Esta manobra é eficaz em pessoas que apresentam penetração ou aspiração de conteúdo alimentar durante a fase faríngea.
Deglutição Forçada (Hard Swallow)	Consiste em solicitar à pessoa para deglutir vigorosamente, contraindo os músculos durante a deglutição, a fim de aumentar as pressões geradas durante a deglutição. “permite aumentar a retração da língua e a pressão faríngea durante a deglutição, diminuindo os resíduos na valécula e na faringe após a deglutição.” (Braga, 2017b, p.265-266).
Manobra de Mendelson	Consiste em instruir a pessoa a colocar a mão na laringe, para que sintam e acompanhem o movimento desta durante a deglutição. Quando a laringe atinge a posição mais elevada, a pessoa deve manter-se nessa posição durante três segundos., deixando-a regressar à posição neutra de seguida. Permite aumentar o movimento realizado pela laringe e osso hióide e prolonga a abertura do esfíncter esofágico superior.
-Manobra de Masako	Consiste em instruir a pessoa a trazer a língua para fora da cavidade oral, prendendo-a com dentes. De seguida é-lhe solicitado que degluta a saliva. Deve ser realizada com saliva (terapia indireta) por aumentar consideravelmente o risco de aspiração.

Adaptado de Glenn-Molali (2011); (2011); Baijens et. al (2016) Braga (2017b)

Os exercícios de fortalecimento muscular têm como objetivo melhorar a força e coordenação dos músculos utilizados na deglutição, podendo ser mobilizados os lábios, língua, mandíbula, laringe e bochechas (tabela 4). Contudo, pode ser necessário várias semanas até que se evidenciem resultados (que devem ser colhidos preferencialmente através de realização de videofluoroscopia). Braga, (2017b) refere cerca de uma a seis semanas, enquanto Park, Oh, Yoon & Park (2019) aponta para seis a oito semanas. Apesar de não existirem dados suficientes para definir a frequência mais adequada, o recomendado é a realização de cerca de cinco a dez repetições, até 5 minutos para controlo da fadiga, repetindo este processo cerca de dez vezes por dia (Logeman, 2008; Braga, 2017b).

A língua desempenha um papel fundamental na deglutição, sendo considerada por alguns autores o órgão mais importante na ingestão dos alimentos, é responsável pela manipulação destes na cavidade oral e a sua propulsão depende da força da língua, que será tanto menor ou maior de acordo com a consistência dos alimentos (Glenn-Molali, 2011; Braga, 2017a; McKenna, Zhang, Haines & Kelchner, 2017; Gharib, Berretin-Felix, Rossoni & Yamada, 2019; Park, Oh, Yoon & Park, 2019). Em suma, a força que a região anterior da língua necessita de realizar para propulsionar alimentos de baixa consistência/viscosidade, como são os líquidos finos, parece ser maior do que em comparação com alimentos mais consistentes. Nesse caso, a propulsão está mais dependente da força e pressão exercida no terço posterior da língua (McKenna, Zhang, Haines & Kelchner, 2017; Gharib, Berretin-Felix, Rossoni & Yamada, 2019).

Numa Revisão Sistemática da Literatura conduzida por McKenna, Zhang, Haines & Kelchner (2017), com o objetivo de determinar os benefícios de programas de treino para fortalecimento muscular isométrico da língua em adultos conclui-se a necessidade de mais estudos e com melhor qualidade de investigação, para que se possa descrever com segurança os benefícios terapêuticos (McKenna, Zhang, Haines & Kelchner, 2017) Acrescenta-se ainda a necessidade de clarificar se existem benefícios terapêuticos do treino da força lingual em associação com a força faríngea (McKenna, Zhang, Haines & Kelchner, 2017). Não obstante, importa realçar que vários autores defendem que no contexto de prática clínica os exercícios de amplitude e fortalecimento muscular da língua demonstram ser benéficos em pessoas com disfagia orofaríngea no que diz respeito a uma melhoria do aumento da pressão

exercida pela língua (McKenna, Zhang, Haines & Kelchner, 2017; Park, Oh, Yoon & Park, 2019).

No que diz respeito à eficácia de programas tradicionais de reeducação da deglutição Tarameshlu, Ghelichi, Azimi & Ansari (2018) realizaram um estudo do tipo *double-blinded randomized controlled trial* cuja população estudada foram pessoas com esclerose múltipla. O programa decorreu ao longo de dezoito sessões, na frequência de três vezes por semana, durante seis semanas. O grupo experimental esteve sujeito a um programa tradicional de reeducação da deglutição, que incluía técnicas posturais, estimulação sensitiva, mudanças voluntárias na deglutição e exercícios de amplitude de movimentos e fortalecimento muscular. O grupo de controlo esteve apenas sujeito a modificações do regime dietético e alterações posturais, a fim de garantir a segurança da alimentação (Tarameshlu, Ghelichi, Azimi & Ansari, 2018).

No final do estudo ambos os grupos apresentaram melhoria dos *scores* obtidos nas escalas utilizadas (*Mann Assessment of Swallowing Ability*, *Pharyngeal Residue Rating Scale* e *Penetration-Aspiration Scale*), contudo o grupo experimental apresentou resultados marcada e progressivamente melhores em comparação com o grupo de controlo. No final do estudo apenas um dos doentes do grupo experimental apresentava disfagia suave e nenhum apresentou sinais e sintomas de aspiração. Por outro lado, no grupo de controlo nove dos doentes apresentavam disfagia e seis tinham apresentado quadros de aspiração depois do programa (Tarameshlu, Ghelichi, Azimi & Ansari, 2018).

Os autores concluíram que, apesar de ambos os grupos apresentarem uma alimentação oral segura no final do tratamento, o programa tradicional de reeducação funcional da deglutição mostrou-se mais eficaz na diminuição da aspiração, em comparação com o grupo de controlo (Tarameshlu, Ghelichi, Azimi & Ansari, 2018).

Na literatura disponível até ao momento é consensual que são precisos mais estudos e com melhor qualidade de investigação para demonstrar os benefícios a curto e médio prazo dos programas de reeducação da deglutição.

Tabela 4. Intervenções de ER à Pessoa com Alteração da Deglutição – Exercícios de Amplitude de Movimentos e Fortalecimento Muscular

Exercícios de Amplitude de Movimentos e Fortalecimento Muscular	
Lábios	Os exercícios consistem em protraír, retrair e lateralizar, emitir o som de estalar, beijinhos, assobiar ou realizar sucção. Segurar uma espátula ou outro objeto adequado entre os lábios (quer em repouso, quer em protração).
Língua	<u>Exercícios de amplitude dos movimentos:</u> ▪ Solicitar à pessoa que exteriorize o máximo possível a língua durante dois segundos; ▪ Solicitar à pessoa que mova a língua para o canto/bochecha direita, seguindo para a bochecha esquerda, terminando na face interna dos dentes; ▪ Solicitar que contorne o palato antero-posteriormente ▪ Solicitar que produza o som K” ou “G” (permite treinar a porção posterior da língua). (cada exercício deve ser realizado durante dois segundos, seguido de período de relaxamento)
	<u>Exercícios de fortalecimento ou resistência da língua:</u> ▪ Solicitar que retraia a língua e se for capaz gargareje e boceje, mantendo a língua retraída; ▪ Exercícios resistidos da língua com espátula, ou contra as bochechas, realizando pressão externa com os dedos. (cada exercício deve ser realizado durante dois segundos, seguido de período de relaxamento)
	<u>Exercícios de manipulação do bolo alimentar:</u> ▪ Língua em concha (pode ser realizado sob terapia indireta (compressa molhada) ou terapia direta (alimentos) e consiste em manter a compressa contra o palato duro durante cinco segundos, ficando com a extremidade anterior da língua junto aos molares. ▪ Movimentos laterais da língua: manobrar a compressa contornando a cavidade oral, repetindo cada círculo cinco a dez vezes; ▪ Movimentos posteriores da língua: Com metade da compressa fora da cavidade oral e segura por uma mão, deve tentar mover a compressa para cima e para trás como se a fosse engolir; ▪ Exercícios da base da língua: pode ser realizado através do gargarejo e bocejo.
Mandíbula	▪ Solicitar que abra a boca o máximo possível, e que mova a mandíbula: para a direita, esquerda e realize movimentos circulares.
Laringe	▪ Solicitar que realize Voz de Falsete ▪ Exercício de Shaker: em decúbito dorsal, é solicitado que a pessoa levante a cabeça do plano, mantendo a boca fechada, sem elevar os ombros e até conseguir ver os dedos dos pés. Deve realizar este exercício três vezes, em séries de um minuto, com o mesmo tempo de intervalo/relaxamento. De seguida repete 30 vezes o mesmo exercício seguido (sem suster).
Bochechas	▪ Insuflar as bochechas uni ou bilateral, podendo acrescentar-se ou não resistência a este exercício. Deve assegurar-se que os lábios se mantêm fechados. ▪ Treinar movimentos de sucção.

Adaptado de , 2011; Braga (2017b)

Conforme referido anteriormente, as várias abordagens à pessoa com disfagia incluem técnicas complexas e exigentes, implicando que a pessoa com alteração da deglutição seja capaz de compreender as indicações e reproduzi-las de forma coordenada (Braga, 2017b; Kawano et. al., 2018).

Esta é uma das dificuldades demonstradas pelas pessoas com declínio cognitivo. No caso da pessoa com demência ela tende ainda a demonstrar preferência por determinados alimentos, o que pode ter como consequência uma perda funcional da deglutição ou desequilíbrio nutricional (Kawano, et al., 2018). Se, por um lado a desnutrição e perda de peso podem ser consequências da perda de apetite que estas pessoas podem apresentar, eles estão também associados a um declínio da função cognitiva (Kawano et. al., 2018), o que significa o agravamento da situação geral da pessoa com demência.

Neste sentido, e com o objetivo de desenvolver um programa de treino de deglutição nesta população, Kawano et. al. (2018) desenvolveram um estudo durante seis meses onde utilizaram o treino associado à sucção de chupas (Kawano et. al., 2018). Esta metodologia justifica-se, segundo os autores, como técnica de reeducação da deglutição por potenciar os movimentos da língua, bochechas, lábios, movimentos de abrir e fechar a boca, elevação da faringe, entre outros (Kawano et. al., 2018). No término do estudo, não foram observadas diferenças no que diz respeito aos scores obtidos quer nos exames *Mini Mental State Examination*, quer no *Índice de Barthel*. Contudo, observou-se uma melhoria da fase oral no grupo experimental, o que resultou num aumento de peso. Posto isto, os autores consideraram ser uma técnica segura para idosos com demência (Kawano et. al., 2018).

Noutra linha de pensamento, importa compreender que a recorrente prática de adição de espessante nas dietas é considerada controversa na literatura, uma vez que esta alteração da consistência nem sempre responde adequadamente à alteração que a pessoa apresenta, podendo acarretar consequências na sua condição geral sem que daí advenham benefícios (Glenn-Molali, 2011; Howard, Nissenson, & Meeks, 2018). Ou seja, as modificações realizadas na dieta devem ser próprias para a alteração da fisiologia que a pessoa apresenta.

Para além do supracitado, a adição de espessante aos líquidos finos acarreta consequências não apenas na textura, mas também no sabor dos alimentos

espassados, estando frequentemente associado a desidratação (por redução da ingestão total de líquidos diária) e desnutrição (Howard, Nissenon, & Meeks, 2018).

Por fim, destaca-se ainda a necessidade de acompanhar a pessoa com disfagia, realizando avaliações sistemáticas e regulares da deglutição e do estado nutricional. Segundo recomendações da ESSD, as pessoas com disfagia a cumprir dietas de textura modificadas ou sob alimentação entérica deveriam, aquando do diagnóstico, ser alvo de avaliações numa frequência semanal; de seguida a cada 2-3 meses e posteriormente a cada 6 meses (Baijens et. al, 2016).

2. PERCURSO REALIZADO PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COMO ENFERMEIRA ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

2.1 Breve descrição dos contextos de ensino clínico

Os cuidados de ER são potencialmente prestados à pessoa com necessidades especiais, ao longo de todo o ciclo de vida e em todos os contextos. Assim, o programa de EC foi projetado para que fosse possível desenvolver competências na área de especialização em diferentes contextos de prestação de cuidados. Desta forma, as 500h de prática clínica foram divididas em duas partes iguais em contexto comunitário e em contexto hospitalar. O primeiro contexto de EC decorreu entre 23 de novembro de 2020 e 19 de fevereiro de 2021, numa equipa de cuidados continuados integrados (ECCI) inserida na área da grande Lisboa.

A ECCI é uma equipa domiciliária, integrada numa unidade de cuidados na comunidade (UCC) e na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), enquadrada na prestação de cuidados de um agrupamento de centros de saúde (ACES). A RNCCI surgiu em 2006 com o objetivo de prestar cuidados a pessoas que se encontrem em situação de dependência, promovendo a sua autonomia e recuperação funcional, “através da reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social” (Decreto-Lei n.º 136/2015, de 28 de julho, p.5084).

A pessoa é referenciada para a ECCI por referenciação de, pelo menos um destes profissionais de saúde - médico, enfermeiro ou assistente social - e através de três vias: hospitalar, sendo esta realizada pela equipa de gestão de altas (EGA) do mesmo, via comunidade, ou, por último, transferida de outra unidade de internamento pertencente à RNCCI (artigo 20º da Portaria nº50/2017 de 2 de fevereiro).

A UCC que integra a ECCI onde realizei EC era constituída por uma equipa multiprofissional de 14 enfermeiros, 2 fisioterapeutas, 1 psicóloga, 1 assistente social, 1 terapeuta ocupacional e 1 médica. Eram elementos integrantes da ECCI, de segunda a domingo, três enfermeiros generalistas e um EEER - orientador clínico desta fase do percurso.

Nesta ECCI a capacidade total era de, aproximadamente, 30 pessoas; dispunha de duas cadeiras sanitárias, duas cadeiras de rodas convencionais e

algumas camas articuladas, que tinham sido gentilmente oferecidas à equipa pelas famílias dos utentes cuidados. No que diz respeito aos produtos de apoio disponíveis para a prestação de cuidados especializados, era necessário frequentemente recorrer à sua substituição por elementos disponíveis no domicílio dos utentes (utilizando sacos de arroz ao invés de halteres, por exemplo).

O segundo contexto de EC decorreu entre 16 de fevereiro e 27 de abril de 2021, num serviço de neurocirurgia de um hospital da área da grande Lisboa, numa unidade que comportava cuidados progressivos de intermédios e enfermaria, tendo incluído outrora unidade de cuidados intensivos.

Tinha uma capacidade total de 22 doentes em enfermaria e 8 em cuidados intermédios. A equipa de enfermagem era composta por 34 enfermeiros, sendo que 8 desses elementos eram EEER. Desses, 1 elemento exercia funções de gestão, e apenas 4 prestavam cuidados especializados na área. A restante equipa multidisciplinar era constituída por médicos, assistentes sociais, nutricionistas, terapeutas da fala, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, assistentes operacionais e administrativas.

As patologias mais comuns estavam relacionadas com alterações do foro neurocirúrgico e vertebromedular, como AVC, traumatismos crânio-encefálicos, roturas de aneurismas, lesões vertebro-medulares e lesões ocupantes de espaço da cabeça e coluna. O serviço prestava cuidados a pessoas com 18 anos ou mais, sendo o período de internamento dependente daquilo que o motivava, variando de acordo com o propósito. Podia então ser um internamento curto de dois ou três dias, para realização de exame complementar de diagnóstico, como a angiografia, por exemplo, ou longo se secundário a instalação súbita de doença aguda, como o caso de lesões vertebromedulares em fase de choque medular.

Relativamente aos cuidados especializados de ER, o serviço dispunha de vários recursos materiais, como pedaleira, bastão, dispositivo vibratório, inspirómetros de incentivo, material para treino de motricidade fina, material para implementação de programa de estimulação multissensorial (PEM) onde se inclui, diversos aromas, *phones* e outros. O serviço contava ainda com vários dispositivos auxiliares de marcha, como cadeiras de rodas universais, cadeiras de rodas de espaldar alto, bengalas, canadianas e andarilhos.

2.2 Competências Comuns do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

A prática reflexiva permite dar sentido, de forma construtiva e formativa, às situações vivenciadas pelo profissional, potenciando a sua aprendizagem e desenvolvimento (OE, 2012; Peixoto & Peixoto, 2016). Desta forma, é expectável que o enfermeiro especialista desenvolva e melhore a sua prática de cuidados com base na reflexão crítica, demonstrando também um perfil de competências técnico-científicas e humanas representativo de uma enfermagem avançada. O perfil de competências expectável encontra-se explanado nos Regulamento nº140/2019 e nº392/2019 – Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista, e Regulamento das competências Específicas do EEER, respetivamente.

Para a planificação dos EC foi elaborado um projeto de estágio (Apêndice I) no segundo semestre do curso de mestrado onde se definiram três objetivos, que pretendem refletir o perfil de competências supramencionado. São eles (1) Desenvolver competências especializadas na área de ER à pessoa com compromisso de deglutição por lesão neurológica; (2) Desenvolver competências especializadas na área de ER à pessoa com alteração sensoriomotora, cardiorrespiratória, cognitiva, da eliminação e da sexualidade; e (3) Desenvolver competências comuns do EE nos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal; da melhoria contínua da qualidade; da gestão dos cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Para maior detalhe destes três objetivos, definiram-se seis objetivos específicos, e para o seu desenvolvimento planificaram-se atividades a realizar em contexto de EC, que se encontram detalhadas na íntegra em Apêndice I - Projeto de Estágio.

Os próximos capítulos pretendem descrever e analisar as atividades executadas no decorrer dos EC para o desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista e específicas do EEER, confrontando as expectativas iniciais (decorrentes da elaboração do projeto de estágio) e a realidade vivida em EC, que culmina na elaboração do presente relatório. Ainda que algumas atividades possam ser enquadradas ou analisadas à luz de diferentes competências, procurou-se estruturar o presente relatório de acordo com as competências comuns do EE, competências específicas do EEER e competências especializadas na área de ER à pessoa com compromisso da deglutição por lesão neurológica.

Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

No que diz respeito ao domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, considero que foi sempre uma competência presente e desenvolvida ao longo da minha prática profissional e académica, aqui com maior destaque para a prestação de cuidados especializados.

Sempre que me dirigia a um cliente apresentava-me como enfermeira em contexto de supervisão clínica para desenvolvimento de competências na área da especialidade de ER. Durante a prestação de cuidados assumi o dever de partilhar a informação que me compete transmitir, conforme ilustrado no artigo 84º do Código Deontológico do Enfermeiro (CDE) e que diz respeito a a) informar a pessoa e família sobre os cuidados de enfermagem; b) “respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado” (Nunes, Amaral & Gonçalves, 2005, p.109) livre e esclarecido, sempre que aplicável. Importa aqui ressaltar que em algumas situações houve necessidade de recorrer ao consentimento presumido, tendo presente a defesa dos princípios da beneficência e não-maleficência. Por exemplo, uma pessoa com alterações do estado de consciência não nos podia dar o seu consentimento para a realização de cuidados de ER. Contudo, sabendo que essa situação se poderia desenrolar por período incerto, tornava-se prioritário intervir para manter a função, prevenir as múltiplas complicações decorrentes da síndrome de imobilidade, por exemplo, ou reabilitar complicações já instaladas.

Realço ainda a importância da alínea “d) informar sobre os recursos a que a pessoa pode ter acesso, bem como sobre a maneira de os obter” (Nunes, Amaral & Gonçalves, 2005, p.109) do artigo 84º do CDE, para a prática de cuidados especializados de ER, já que, durante a minha prática profissional enquanto enfermeira generalista, sou frequentemente indagada sobre os recursos disponíveis para a otimização do processo de reabilitação. Para responder a estas e outras dúvidas tive necessidade de esclarecer juntos dos enfermeiros orientadores e aprofundar em trabalho autónomo as diversas tipologias das unidades que compõe a RNCCI e respetivas especificidades. Neste ponto o contexto de EC em ECCI foi fundamental, porque me permitiu identificar, mobilizar e trabalhar de perto com diferentes instituições que dão resposta a algumas das necessidades das pessoas em contexto comunitário.

Por outro lado, considero também importante referir o cuidado pela defesa do respeito pela intimidade, descrito no artigo 86º do CDE. Durante a minha prática tentei sempre zelar pela proteção e respeito da privacidade e intimidade da pessoa, quer nos cuidados que prestava, quer nas tarefas que delegava. Nas visitas domiciliárias esta situação podia ser mais facilmente controlada pela pessoa, que na maioria das vezes podia escolher onde nos receber e com quem estar acompanhada. Contudo, no serviço de internamento a pessoa vê constantemente a sua privacidade exposta e a sua intimidade comprometida. Para prevenir estas situações procurei sempre correr as cortinas da unidade e quando possível fechar a porta do quarto. Durante a prestação de cuidados cobria sempre a pessoa, expondo apenas o estritamente necessário e com o consentimento da mesma. Para a elaboração do presente relatório e demais trabalhos académicos todos os nomes foram desvirtuados e todas as informações que pudessem dirigir o leitor à instituição onde decorreram as atividades foram propositadamente mascaradas.

Resumindo e analisando as expectativas iniciais, com o balanço final dos EC, constato que a única atividade proposta que não foi possível realizar foi *“Participar em reuniões da equipa multidisciplinar e integrar a tomada de decisão na área dos cuidados de reabilitação”*. No caso do contexto de EC que decorreu na comunidade essas reuniões, realizadas com uma frequência mensal, tinham sido suspensas devido à situação pandémica que se vivia em Portugal. No serviço de internamento em neurocirurgia, não era possível integrar mais elementos na reunião pela dinâmica da mesma. Não obstante, procurei partilhar regular e frequentemente as minhas opiniões profissionais, trazendo assim a reflexão para junto dos enfermeiros orientadores acerca dos processos de tomada de decisão.

Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade

No decorrer do meu percurso académico foi possível desenvolver competências do domínio da melhoria contínua da qualidade, com especial atenção para a unidade de competência B3, que diz respeito à promoção e garantia de um ambiente terapêutico e seguro (Regulamento nº 140/2019).

Neste subcapítulo começo por analisar as atividades desenvolvidas para a promoção e aplicação dos princípios da ergonomia, com vista à prevenção de lesões músculo-esqueléticas que culminam em danos quer nos profissionais, quer na pessoa alvo de cuidados. Aqui destaco a importância do contexto de EC em ECCI, onde foi

fundamental aprofundar conhecimentos teórico-práticos sobre mecânica corporal, já que frequentemente prestávamos cuidados sob condições propícias a lesões ou acidentes. Também por este motivo, e identificando fatores de risco para a sua ocorrência, havia a necessidade de verificar se a família estava desperta para a sua existência e se estava capacitada para a prevenção. Por exemplo, numa das visitas a uma senhora idosa, constatámos que a cama, apesar de articulada não permitia nivelar a altura da base do colchão, pelo que houve a necessidade de aumentar a base de sustentação, afastando os pés e baixar o centro de gravidade, fletindo os joelhos. Estes princípios permitiram evitar a flexão anterior do tronco durante a prestação de cuidados, prevenindo lesões associadas. Este não era o único fator potencial para acidentes, já que a cama estava encostada à parede, mas as rodas não estavam devidamente travadas e o quarto dispunha de pouco espaço livre para circulação. Uma vez que a família tinha expressado dificuldade em prestar cuidados à cliente, por apresentar excesso de peso e estar dependente em grau elevado para se automobilizar no leito, era impreterível que a cama fosse movida para permitir que cada interveniente nos cuidados ficasse num dos lados da cama durante a prestação de cuidados. Após consentimento da cliente e família movemos a cama para o meio do quarto, travámos as rodas e realizámos os ensinamentos sobre mobilizações, posicionamentos, mudança de fralda, prestação de cuidados de higiene no leito e transferências, dando enfoque aos princípios de mecânica corporal necessários a adotar durante as mobilizações.

Já no contexto hospitalar deparei-me com um cenário bastante positivo no que diz respeito às políticas existentes para a prevenção de lesões corporais e acidentes de trabalho. O serviço dispunha de vários recursos materiais e em bom estado de conservação que eram de facto corretamente utilizados por todos os intervenientes. Por exemplo, todas as camas eram articuladas e as rodas travavam de forma eficaz; dispunham de elevador hidráulico com várias lonas, que era utilizado em diferentes pessoas ao longo do turno. De facto, durante os dois meses que estive em EC no serviço de neurocirurgia não houve qualquer relato de incidente durante a prestação de cuidados. Por outro lado, no meu contexto de prestação de cuidados (em serviço de medicina) é frequente testemunhar acidentes de trabalho ou ocorrência de lesões. Tal acontece ora porque as camas e os cadeirões não travam adequadamente, ora porque as rodas se encontram frequentemente danificadas e não deslizam, exigindo um esforço acrescido para mover a pessoa. Para além disto o piso não é

antiderrapante (inclusive nas casas de banho) e também não existe uma política de formação regular para a prevenção de riscos no local de trabalho. Esta temática é importante para a prática de cuidados de enfermagem, merecendo um maior cuidado por parte dos EEER, que devem assumir a responsabilidade na adoção e implementação de práticas seguras e direccionadas para a melhoria contínua da qualidade, com vista à prevenção de riscos ambientais e à fomentação de um ambiente terapêutico, seguro e que promova o bem-estar de todas as pessoas envolvidas.

Competências do domínio da gestão dos cuidados

Ao longo dos contextos de EC pude analisar a importância do EEER na gestão dos cuidados, otimizando a resposta da equipa de saúde, garantindo a segurança e respetiva qualidade.

No contexto de ECCI a equipa de enfermagem de cinco enfermeiros estava reduzida a três elementos e só dispunha de um veículo de transporte. Numa semana em que não fosse possível fazer as visitas domiciliárias estipuladas a determinada utente, e sabendo que estaria a ser acompanhada por outro elemento da equipa de saúde (como a fisioterapeuta, ou terapeuta ocupacional), era articulado com as mesmas para que realizassem a sua visita desfasada daquelas que iríamos realizar. Aqui pude constatar que a comunicação eficaz entre equipa multiprofissional foi um pilar fundamental para que o programa de reabilitação fosse abraçado por todos os elementos de igual forma e com vista à máxima recuperação funcional da pessoa. Apesar das reuniões da equipa multiprofissional terem sido suspensas, pude constatar a importância do papel do enfermeiro especialista na partilha da informação clínica para a melhor tomada de decisão.

Ainda no que diz respeito à gestão dos cuidados, constatei que os enfermeiros especialistas que pude observar na prática tinham de facto a capacidade para adequar o estilo de liderança necessário à população alvo. Essa capacidade estava associada ao desenvolvimento de um perfil de competências para a liderança, não se esgotando apenas na soma da maturidade, dos conhecimentos e da assertividade.

Por exemplo, no contexto de internamento a equipa de cuidados experienciava constantemente um ambiente de grande pressão física e psicológica. Ora porque as pessoas internadas exigiam muitas horas de cuidados necessárias, ora porque algumas patologias se instalavam súbita e inesperadamente (como AVC

hemorrágicos ou traumatismos crânio-encefálicos ou lesões vertebromedulares) em pessoas jovens, comportando sequelas ou limitações de vários níveis e que gera no profissional de saúde que cuida dessa pessoa diferentes emoções e sentimentos. Para promover a expressão de sentimentos a equipa discutia frequentemente sobre as situações, analisando os diferentes pontos de vista. Esta discussão era estimulada pelos EEER, que procuravam suscitar a reflexão no seio da equipa de enfermagem, motivando o desenvolvimento pessoal e profissional de cada elemento.

No que respeita ao planeamento do regresso a casa, pude analisar, no decorrer dos diferentes EC a importância do papel do EEER, confrontando as realidades aí observadas, com aquelas que tinha experienciado previamente. Na ECCI pude perceber que algumas das referenciações realizadas na plataforma da RNCCI continham pouca ou nenhuma informação sobre a avaliação de ER e respetivo plano de intervenção, sobre os objetivos a curto e médio prazo, bem como os fatores facilitadores e inibidores à sua prossecução. Em relação à minha experiência, esse facto “*justificar-se-á*” se pensarmos que algumas das referenciações elaboradas para a plataforma da RNCCI são realizadas pelas EGA dos hospitais. No caso do meu contexto de prática de cuidados, nenhum dos elementos da equipa de enfermagem tem acesso à plataforma de referenciação da RNCCI, tendo já sugerido que os enfermeiros especialistas tivessem acesso à mesma para uma referenciação mais individualizada e personalizada.

No segundo contexto de EC observei uma realidade mais próxima do ideal, já que no serviço de neurocirurgia os doentes são referenciados pelo EEER que os acompanha, sendo este o seu gestor de caso. Aqui, o EEER otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão e estabelece a ponte entre a família e a equipa multiprofissional. Em análise, esta gestão dos cuidados otimiza a resposta da equipa de saúde porque aproxima aquilo que é o plano de cuidados delineado pelos profissionais de saúde com a realidade e expectativa da pessoa e família.

Neste contexto, tive a oportunidade de conhecer um projeto piloto no âmbito do acompanhamento à pessoa com tumor cerebral e família/pessoa significativa, onde é realizado o seguimento da pessoa (se cumprir determinados critérios de inclusão) a partir do momento em que é feito o diagnóstico. Neste projeto é concretizada uma consulta pré-operatória à cirurgia de remoção do tumor que é levada a cabo pela EEER, anesthesiologista e cirurgião e onde são esclarecidas dúvidas e receios sobre a cirurgia, internamento e processo de alta com regresso a casa. Para além disto e

tão importante, é o acompanhamento de *follow-up* realizado pela mesma EE após a alta, que tem como intuito o esclarecimento de dúvidas e preocupações e garantir que a pessoa cumpre o programa terapêutico delineado para si.

Concordando com Silva & Sousa (2020), “é necessário assumir que a comunicação direta entre serviços deve ser formalizada como complemento da utilização dos sistemas de informação instituídos, de forma a garantir a disponibilização eficaz e efetiva de toda a informação necessária” (Silva & Sousa, 2020, p.74). Ou seja, não é suficiente escrever toda a informação que consideramos importante na plataforma de referência que está idealizada para tal, porque cada pessoa é única e cada plano de cuidados também o deverá ser. A comunicação direta entre profissionais é então imprescindível para a transição de informação e uma forma de demonstrar interesse, comprometimento e trabalho em equipa (quer entre níveis de saúde, quer entre pessoa e família).

Ainda na mesma linha de pensamento, Petronilho & Machado (2017) estabelecem a relação entre a adequada preparação da alta, de forma estruturada, contínua, personalizada e sistematizada, com uma diminuição das taxas de reinternamento. Ou seja, nestas situações os estudos sugerem que a família relata maior satisfação com o suporte oferecido, aderindo mais frequentemente a comportamento adequados e, por conseguinte, demonstram maior capacidade para a realização do autocuidado (Petronilho & Machado, 2017).

Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

No âmbito do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, várias foram as oportunidades de desenvolvimento do autoconhecimento e assertividade; e de desenvolvimento da prática clínica especializada baseada em evidência científica.

Em primeiro lugar, importa recordar a importância de uma prática clínica suportada em evidência científica. Como tal, e estando numa situação inicial de desenvolvimento de competências na área de ER houve a necessidade de dedicar tempo ao aprofundamento de conhecimentos teórico-práticos relevantes na área da especialização. Para tal suportei a minha pesquisa em bases de dados científicas (como a CINAHL® Complete e a MEDLINE Complete), consultei livros e revistas de referência da especialidade, normas e protocolos institucionais.

A integração na equipa de enfermagem e na equipa multidisciplinar dos diferentes EC foi relativamente fácil e adequada ao ambiente profissional e de supervisão clínica que se pretendia. Assim, ao longo dos EC procurei participar e colaborar nas mais diversas situações que constituíssem oportunidades de aprendizagem, assumindo a responsabilidade da prestação de cuidados especializados em ER, sendo recebida e aceite como elemento de referência na área. Antes da prestação de cuidados validei sempre com os enfermeiros orientadores os problemas identificados e o plano de cuidados concebido, implementando-o sob a sua supervisão. Para tirar o melhor partido do processo de aprendizagem recorri ainda aos restantes elementos da equipa multiprofissional. Por exemplo, no serviço de neurocirurgia surgiram várias oportunidades para a realização da avaliação da função de deglutir em parceria com a terapeuta da fala que fazia parte da equipa multidisciplinar e que era especializada nessa área.

Durante os momentos de partilha e prestação de cuidados pude observar, pontualmente, situações de conflito que decorriam provavelmente daquilo que é a perceção, por parte dos diferentes profissionais de saúde envolvidos, da sobreposição de competências. No meu caso foi fácil preservar a distância entre os conflitos prévios e a relação profissional estabelecida, já que na minha prática clínica mantenho presente que cada profissional assume um papel fundamental para a recuperação da pessoa, dentro da sua área de atuação e é na complementaridade que se obtêm ganhos. Ainda que existam momentos em que não concorde com as ideias ou opiniões de outros profissionais de saúde, é na partilha e discussão da evidência que assenta o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

Posto isto, considero que foi possível, ao longo dos EC, desenvolver o autoconhecimento e identificar os recursos e limites pessoais e profissionais, tomando a consciência da minha influência na relação profissional com os restantes elementos da equipa. Como desafio futuro constato que necessito de desenvolver competências técnicas e estratégias para a gestão e resolução de conflitos, já que enquanto futura EEER serei chamada a fazer a mediação de conflitos no seio da equipa sempre que eles existam.

Já no âmbito da competência D2 (“baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica”) (Regulamento nº 140/2019, p.4749), e no decorrer do segundo EC, identificou-se que a intervenção do EEER junto da pessoa com risco de disfagia, constituía uma lacuna do conhecimento, sendo assim uma necessidade formativa,

que carecia do desenvolvimento de uma norma de serviço. Uma vez que ia ao encontro da temática explorada no meu relatório de estágio, fiquei responsável, em conjunto com a enfermeira orientadora e enfermeira chefe, por elaborar uma norma de serviço que se adequasse à população alvo internada e aos recursos disponíveis. O desenvolvimento desta norma culminou numa formação em serviço, que tinha como objetivo final o começo de um estudo de investigação sobre a importância do papel do EEER na prevenção de complicações associadas à disfagia.

2.3 Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

O presente capítulo pretende analisar as atividades realizadas em contexto de EC, impulsionadas no processo de aprendizagem para o desenvolvimento de competências específicas na área da ER.

Na sua jornada profissional, o EEER deve ser capaz de identificar e recolher informação pertinente e que permita avaliar o risco de alteração da funcionalidade nos diversos níveis (sensoriomotor, cognitivo, cardiorrespiratório, da eliminação vesical e intestinal e da sexualidade). Para desenvolver competências neste âmbito tive a oportunidade de utilizar diferentes instrumentos de medida que permitissem diagnosticar alterações, monitorizar e avaliar os cuidados especializados de ER.

A análise dos scores obtidos permitiu monitorizar a evolução e recuperação funcional da pessoa no decorrer dos programas de reabilitação (OE, 2016), comparando os resultados obtidos com os resultados esperados/delineados em parceria com a pessoa e família. De outro modo, a devida e sistemática utilização de instrumentos de avaliação permite ainda quantificar e evidenciar os resultados obtidos pelo EEER, contribuindo não só para o desenvolvimento de projetos de investigação (OE, 2016), mas justificando também a necessidade da sua intervenção, dando-lhe visibilidade.

Algumas escalas de avaliação já faziam parte da minha jornada profissional enquanto enfermeira generalista, como é o caso da escala de coma de Glasgow, não obstante fui percebendo que o olhar e o propósito com que aplicava e analisava esses instrumentos foram mudando com o decorrer do tempo, para uma perspetiva diferente e mais direcionada para a reabilitação funcional da pessoa.

Para avaliar a força muscular apliquei a escala da *Medical Research Council (Muscle Scale)* (MRC) (OE, 2016), tendo o cuidado de avaliar todos os movimentos possíveis em todos os segmentos corporais. Para avaliar o equilíbrio estático e dinâmico da pessoa e determinar o risco de queda apliquei a Escala de equilíbrio de Berg (OE, 2016) e o Índice de Tinetti. Apliquei o Índice de Barthel para avaliar o nível de dependência para a satisfação das atividades básicas de vida diária (ABVD). Para avaliar o grau de capacidade funcional em pessoas adultas e idosas apliquei a Medida de Independência Funcional (MIF), que, pelo facto de ser tão completa permite um rápido acesso e comparação da evolução da pessoa no que diz respeito às suas necessidades, quer a nível motor, quer cognitivas. Para a avaliação do estado mental apliquei o *mini-mental state examination* e para a avaliação da capacidade de comunicação e rastreio da existência de disfunção cognitiva ligeira apliquei a *Montreal Cognitive Assessment* (OE, 2016).

Segundo a OE (2016) não é necessária permissão para o uso clínico do instrumento *Montreal Cognitive Assessment*, sendo necessário solicitar autorização apenas quando utilizada em situações de investigação. Contudo, para a correta aplicação deste instrumento, senti necessidade de realizar a formação básica disponibilizada na página de internet oficial². Quando comparei a minha performance antes e após a formação percebi que estava inconscientemente a enviesar os resultados do instrumento. Quando, a título de exemplo perguntava “já terminou?”, em vez de esperar que a pessoa me desse indicação que já tinha terminado, e que poderia ser interpretado com uma validação daquilo que tinha copiado ou desenhado ou, por outro lado, como uma reprovação.

A *Montreal Cognitive Assessment* revelou-se um instrumento bastante versátil no serviço de neurocirurgia, porque com a sua aplicação consegui identificar necessidades de intervenção para otimizar a função a nível cognitivo, que, de outra forma teria tido dificuldade em reconhecer durante a entrevista à pessoa. Por exemplo, no caso do Sr. Diogo, de 48 anos, com afasia transcortical motora, o total do *score* obtido na aplicação do instrumento foi de 23 em 30, e que deve ser considerado como um défice cognitivo ligeiro. Nesta situação identificaram-se alterações nos exercícios de repetição de frases complexas, na fluência verbal (onde era pedido para evocar o maior número de palavras começadas com a letra “M”) e no exercício de evocação

² Disponível em Training & Certification, <http://www.mocatest.org/>

diferida, demonstrando alterações da memória de trabalho. Estes resultados vieram ainda comprovar que a pessoa com afasia apresenta frequentemente outros compromissos para além daqueles diretamente relacionados com a linguagem, como são o comprometimento das funções executivas e da memória (Nikraves et. al, 2021).

Em suma, a utilização dos instrumentos de avaliação foi não só essencial para o diagnóstico de alterações que comportam limitações para a atividade, como foi também imprescindível no processo de conceção, implementação e monitorização de programas de ER, servindo como guia no seu processo.

No que diz respeito à conceção, implementação e monitorização de programas de reeducação funcional respiratória, várias foram as situações que surgiram em contexto de EC e que me permitiram desenvolver competências nesta área. Recordo a situação da Sr.^a Margarida, de 20 anos, com tetraparésia secundária a lesão ocupante de espaço a nível de C5-C7, que foi internada para remoção cirúrgica. Aqui defini, como objetivos do programa de ER, otimizar a mecânica ventilatória, prevenindo a necessidade da utilização dos músculos acessórios da respiração, que estão associados a um maior gasto energético (OE, 2009).

No início do programa de reeducação funcional respiratória, e cerca de três dias após a intervenção cirúrgica, a Sr.^a Margarida apresentava um padrão respiratório predominantemente torácico, rápido (19 cpm), regular, superficial e sem ruídos respiratórios audíveis. As telerradiografias de tórax apresentavam-se sem alterações e à auscultação antero-posterior era audível murmúrio vesicular mantido, mas discretamente diminuído, em todos os campos pulmonares. Decidiu-se iniciar o programa de ER com massagem de relaxamento, para reduzir a tensão e diminuir a dor na região cervical. Seguiu-se a tomada de consciência da respiração com o controlo e dissociação dos tempos respiratórios, com maior enfoque no tempo inspiratório (e com associação de pausa inspiratória, sempre que possível e adequado) e de seguida progredíamos para exercícios respiratórios. Em primeiro lugar a reeducação diafragmática e de seguida a reeducação costal global com recurso a *noodle de espuma* (por ser mais largo e menos pesado que o bastão). Foi ensinada a técnica de tosse assistida, que se afigurou pouco adequada à doente por queixas na região cervical anterior associadas à ferida cirúrgica, assim foi ensinado o ciclo ativo de técnicas respiratórias, reforçando a técnica de “*Huff*”/*Huffing* (Menoita & Cordeiro, 2012). Para monitorização da evolução utilizou-se o espirómetro de

incentivo, que assenta no conceito de inspiração máxima mantida (OE, 2009) e que no caso da Sr.^a Margarida inicialmente não ultrapassava os 500ml. Conseguiu-se progredir no treino e na capacidade inspiratória, alcançando um volume inspiratório máximo mantido de 2000ml cerca de quatro semanas depois, com sessões bi diárias, de 20 a 30 min. Os exercícios de RFR foram também sendo realizados não só na posição de deitada, como também na posição de sentada. À quarta semana ainda não era capaz de realizar na posição ortostática, em mesa de verticalização, pela ansiedade e medo de cair. Ao longo das sessões foi-se constatando uma alteração do padrão respiratório, sendo visível um padrão misto, regular, rítmico, mais profundo e com frequências respiratórias na ordem dos 15-18 cpm. Manteve telerradiografias de tórax sem alterações e à auscultação era audível murmúrio vesicular mantido em todos os campos pulmonares. Ao longo das sessões foi demonstrando uma diminuição da utilização dos músculos acessórios e por conseguinte uma otimização da mecânica ventilatória com menor dispêndio de energia, conseguindo assim o resultado esperado no início do programa de ER.

Noutra linha de pensamento, no que diz respeito ao desenvolvimento de planos de intervenção especializados que visam promover o autocuidado nos processos de transição saúde/doença, descrevo alguns dos programas de reeducação da função sensorial e motora levados a cabo ao longo do EC, com destaque para o treino propriocetivo.

Por exemplo, a Sr.^a Ilda (65 anos, com vários antecedentes pessoais entre eles osteoartrose da anca direita com dor intensa e limitação funcional, que culminou na colocação de material de osteossíntese), foi referenciada para a ECCI para continuidade do programa de reabilitação, com vista à recuperação funcional da marcha e independência para as atividades de vida diária (AVD). À admissão apresentava um *score* de 33 na escala de Berg, que pode ser interpretado como um equilíbrio aceitável, mas nos adverte para o elevado risco de queda. Apresentava força de grau 5 em todos os segmentos dos membros superiores e força de grau 3+ nos membros inferiores (mais reduzida no membro inferior direito). Na sua habitação a cliente deambulava apoiada no mobiliário e no exterior realizava marcha com apoio de bengala. Tinha a expectativa de recuperar a cadência da marcha que possuía anteriormente, sem necessidade de uso de auxiliar de marcha, para poder fazer caminhadas com o marido. Como tal implementou-se um programa de reeducação funcional motora com treino de fortalecimento muscular (com especial enfoque para a

musculatura abdominal, da região glútea, ancas e coxofemoral), de resistência, treino de equilíbrio dinâmico e marcha. Foi instruída a fazer exercícios de elevação da bacia no leito, na posição de sentada fazia flexão e extensão da anca, com flexão e extensão dos joelhos. Na posição ortostática foi instruído, treinado e supervisionado a flexão plantar (inicialmente apoiada com as duas mãos e no final com mínimo apoio), flexão do joelho e flexão/ extensão da coxofemoral. Cerca de três semanas após a admissão foi instruída a realizar exercícios de *sit-to-stand* (onde se pretende que a pessoa assuma a posição ortostática, a partir da posição sentada, sem o apoio dos braços e de preferência com os mesmos cruzados no tórax anterior). Em todas as sessões foi realizado treino de subir e descer escadas e treino de marcha: no início do programa de ER em estrada, progredindo na segunda semana para piso irregular (calçada) com auxílio de bengala, na terceira semana em estrada com inclinação e ao final de um mês a cliente já demonstrava uma marcha eficaz, segura e confiante, em todos os pisos previamente descritos sem necessidade de auxiliar de marcha. À data de alta da ECCI (cerca de seis semanas depois) apresentava um *score* na escala de Berg de 53, que corresponde a um bom equilíbrio, sendo interpretado como baixo a moderado risco de queda.

Noutro prisma, descrevo o programa de ER elaborado para o Sr. António, com 80 anos, que foi referenciado para ECCI após um longo período de imobilidade, decorrente de um internamento hospitalar motivado por infeção respiratória aguda, em doente com antecedentes pessoais de doença pulmonar obstrutiva crónica e alzheimer. O Sr. António, viúvo há cerca de dois anos, residia em domicílio próprio com um casal de cuidadores contratados para o ajudar nas atividades básicas e instrumentais de vida diária. À admissão na ECCI apresentava um *score* de 74 na MIF, correspondente a uma dependência moderada e um *score* de 28 na escala de BERG, que revelava um equilíbrio aceitável, mas elevado risco de queda. Assim, o programa de ER tinha como objetivo otimizar o equilíbrio dinâmico na posição ortostática, prevenindo a ocorrência de quedas; maximizar a sua independência e participação para a realização dos autocuidados e envolver os cuidadores na otimização das funções cognitivas. Posto isto, e tendo em consideração o elevado risco de queda, o plano de reeducação sensoriomotor delineado para o Sr. António incluía exercícios de fortalecimento muscular, treino de equilíbrio dinâmico e treino de AVD com enfoque na gestão do esforço. À data de alta da ECCI apresentava um *score*

de 82 na escala de MIF, correspondente a uma dependência ligeira, e um *score* de 47 na escala de Berg (correspondente a um bom equilíbrio).

Importa realçar que, em ambos os casos houve a ocorrência de um episódio de queda no domicílio, que veio corroborar o risco previsto nos *scores* obtidos na escala de BERG aplicada. Portanto, o treino de equilíbrio foi encorajado também para reduzir o medo de nova queda, já que estudos apontam para que “um equilíbrio estável, maior força muscular e resistência elástica, leva a uma melhoria considerável na marcha e redução do medo de cair, que por consequência contribui para a redução do risco de queda.” (Correia; Barbosa; Rebelo; Alves; Pinho & Magalhães, 2019, p.75). Nos exemplos previamente referidos evidenciou-se uma recuperação funcional a nível sensoriomotor que se constata na melhoria de *scores* obtidos nas escalas de Berg e MIF.

Ainda no que diz respeito à situação de queda, constatei que, para o desenvolvimento de competências relacionadas com a promoção de ambientes seguros foi fundamental a realização do EC em contexto de ECCI. Neste, sendo a prestação de cuidados de ER realizada no ambiente onde a pessoa e família estão inseridos, tornou-se mais fácil identificar e negociar a redução ou eliminação dos fatores de risco ambientais. Por exemplo, no caso da Sr.^a Ilda foi fundamental retirar os tapetes dos vários corredores da casa, que se encontravam soltos e representavam um desnível importante para a ocorrência de queda. Foi ainda importante relembrar as características do calçado adequado, com destaque para a sola antiderrapante, já que a queda da Sr.^a Ilda tinha acontecido no pátio da sua casa, quando o chão estava molhado e escorregadio e trazia calçados chinelos de sola desgastada. No caso do Sr. António o ensino foi destinado não só ao próprio, mas também aos cuidadores.

Noutro caso descrevo o programa de reeducação funcional motor concebido, implementado e monitorizado à Sr.^a D.^a Margarida (já mencionada anteriormente), de 20 anos, com tetraparésia instalada secundária a lesão ocupante de espaço. Aqui, definiu-se como objetivos do programa a manutenção da integridade das estruturas articulares e a amplitude dos movimentos; otimização da força e tónus, prevenção de complicações músculo-esqueléticas e associadas a síndrome de imobilidade e mais tarde acrescentou-se a otimização do equilíbrio (estático e dinâmico) na posição de sentada.

Desta forma, o programa de ER incluía exercícios de mobilidade articular: mobilizações passivas, ativas-assistidas e ativas. No leito foram instruídos e supervisionados exercícios de mobilização, inicialmente com ajuda total, progredindo depois para ajuda moderada na deslocação lateral. Foi possível observar uma melhoria funcional no decorrer das sessões, que se constatou numa melhoria dos resultados obtidos na força muscular nos diferentes segmentos corporais. No início apresentava grau 4 nos segmentos articulares do ombro e cotovelo, grau 3 do punho e grau 1 nos dedos das mãos, segundo escala MRC. Nos membros inferiores não esboçava contração muscular ou força, conferindo-lhe um grau 0 segundo a escala MRC. No decorrer do programa de reabilitação instituído e no espaço de quatro semanas, a cliente foi progredindo nos exercícios de mobilidade articular, demonstrando ser capaz de realizar as mobilizações ativas dos ombros e cotovelo, necessitando de ajuda de terceiros para completar a amplitude articular dos movimentos pronação-supinação do antebraço. Em relação ao punho, dedos e polegar, necessitava de ajuda para mobilização ativa assistida e em relação aos membros inferiores as mobilizações realizadas eram totalmente passivas. O treino de equilíbrio na posição de sentada foi iniciado à segunda semana, uma vez que até aí referia tonturas e náuseas, tolerando não mais de três minutos sentada na beira da cama. Aqui, o treino de equilíbrio estático consistiu em recordar a importância de manter os membros superiores ao longo do corpo e bem apoiados na cama, para que assim conseguisse manter a postura adequada por maiores períodos. Para o treino de equilíbrio dinâmico na posição sentada era introduzida resistência postero-anterior e lateralmente ao nível dos ombros e pedido à cliente que mantivesse a postura, ou quando tal não fosse possível regressasse à posição inicial com apoio das mãos e braços.

Para além destes exercícios, foi também concebido e implementado treino de motricidade fina, instruindo e supervisionando a realização de atividades terapêuticas com recurso a molas especiais (maiores que as utilizadas para pendurar roupa e que permitem treinar a realização da “pinça”), a tampas de garrafas com cerca de 4cm de diâmetro e ao telemóvel da cliente (que foi utilizado por ser *smartphone* e exigir maior controlo dos movimentos finos na sua utilização).

Noutra linha de pensamento, segundo Hatem et. al. (2016) 80% das pessoas que sofrem um AVC apresentam, em fase aguda, parésia mais acentuada do membro superior contralateral à lesão hemisférica, ao passo que, 40% irá manter a limitação

funcional desse membro a longo prazo (Hatem et. al, 2016). Estas limitações funcionais estão diretamente relacionadas com uma maior dependência para a realização de AVD. Posto isto, para prestar cuidados especializados de ER à pessoa com limitações motoras decorrentes de AVC, foi importante aprofundar as técnicas disponíveis baseadas na evidência científica para a reeducação funcional motora a esta população, aplicando-as posteriormente em EC, conforme as necessidades de cada indivíduo.

No caso da Sr.^a Ana, de 59 anos, foi possível conceber e implementar um programa de treino individualizado e personalizado à pessoa com limitações funcionais instaladas após AVC do hemisfério direito. Como problemas de enfermagem de reabilitação identificou-se mobilidade comprometida e risco de queda relacionadas com diminuição da força muscular dos membros superior e inferior esquerdo, com força de grau 3 em todos os segmentos do membro superior esquerdo e grau 4 em todos os segmentos do membro inferior homolateral (segundo escala MRC). Não obstante, apresentava tônus muscular mantido (grau 0, segundo escala de Ashworth modificada). À admissão, obteve-se um score de 0 na avaliação do Índice de Barthel, estando a cliente totalmente dependente de terceiros para a satisfação das ABVD.

No que diz respeito ao programa de reeducação funcional motor aplicado foram incluídas técnicas convencionais e técnicas de representação do movimento. Dentro das primeiras foram realizadas atividades terapêuticas no leito (como o rolar, elevação e rotação controlada da bacia) e o ambiente foi modificado para promover a facilitação cruzada. Foram instruídos posicionamentos em padrão anti-espástico que não foram aplicados pela cliente, por não irem ao encontro das suas posições de conforto. Foram instruídas e treinadas mobilizações dos membros superiores e inferiores, quer no leito, quer na posição de sentada. Foi realizado treino de equilíbrio estático e dinâmico, inicialmente na posição de sentada e depois na posição ortostática, com posterior treino de marcha. No decorrer das sessões foi ainda possível aplicar a terapia pelo uso de espelho nos membros superiores, que visa melhorar a funcionalidade do membro superior para a realização das AVD, reduzir a dor, o neglect e melhorar o estímulo sensorial (Rothgangel & Brau, 2013). Uma das limitações para a aplicação desta técnica relacionou-se com o facto de a cliente apresentar alteração da atenção, com diminuição da tenacidade e concentração, não tolerando sessões superiores a 5-7 minutos, sendo o mínimo recomendado de 10 minutos (Rothgangel & Brau, 2013).

As sessões de treino tinham uma duração de 15 a 30 minutos, e uma frequência de duas a três vezes por dia, dependendo da disponibilidade da Sr.^a Ana ou da necessidade de se ausentar do serviço para realização de exames complementares de diagnóstico e tratamento.

O programa de ER implementado demonstrou uma recuperação funcional considerável, já que, duas semanas depois, e à data de alta, a Sr.^a Ana apresentava dependência moderada de terceiros para a satisfação das ABVD, o que se traduziu num *score* de 50 na avaliação do Índice de Barthel. De destacar a recuperação funcional ao nível da mobilidade: transferências cadeira-cama e na marcha, demonstrando uma marcha estável com apoio bilateral à data de alta.

Dentro das ABVD avaliadas, aquelas cuja recuperação foi menos notável dizem respeito ao controlo da eliminação urinária e intestinal, o que vai ao encontro das conclusões de Veiga (2015), no estudo levado a cabo numa unidade de convalescença no norte do país.

Apesar de vivermos numa era tecnológica, os EEER ainda têm um longo percurso para realizar no que diz respeito à aplicação das ferramentas digitais ao dispor dos cuidados especializados de ER. Na literatura observa-se um crescente interesse pelas técnicas de reeducação funcional motora na pessoa com AVC suportadas na tecnologia. São exemplos a reabilitação com recurso a realidade virtual e videojogos (em que se destaca os jogos *Wii*) ou a aplicação de electroestimulação em combinação com o treino de marcha, na pessoa com hemiplegia, por exemplo. Da sua aplicação vêm descritos benefícios e ganhos em saúde como a melhoria da qualidade de vida, diminuição da depressão e melhoria no desempenho das ABVD (Marques-Vieira, Sousa & Braga, 2017). Da minha experiência profissional, e das oportunidades vivenciadas em contexto de EC, constato que nem os serviços possuem as ferramentas necessárias para que se possa aplicar técnicas coadjuvantes suportadas em tecnologia, nem os profissionais têm formação para tal.

No segundo contexto de EC pude desenvolver competências de intervenção do EEER à pessoa com alterações do estado de consciência, onde destaco a importância da aplicação de um PEM (Varanda, Rodrigues & Costa, 2015).

Aqui, importa relembrar a definição de consciência: como a capacidade que a pessoa tem de perceção de si e do meio ambiente onde está inserida (Diccini &

Santos, 2017). O nível de consciência está relacionado com o estado de alerta e vigília e depende da integridade do sistema ativador reticular ascendente (Diccini & Santos, 2017) que é também responsável pela concentração, percepção e regulação da informação sensorial (Pinto, 2014; Varanda & Rodrigues, 2017b). Situações patológicas como a fase aguda de um AVC, um traumatismo crânio-encefálico, hidrocefalia (entre outras) podem resultar em lesões deste sistema e comprometer o nível de consciência da pessoa (Pinto, 2014; Varanda & Rodrigues, 2017b). A alteração severa do estado de consciência pode ser dividida em coma, estado vegetativo e estado mínimo de consciência e na prática clínica estas situações correspondem a *scores* obtidos na escala de coma de Glasgow variáveis entre 3 e 9 (Varanda & Rodrigues, 2017a).

A reabilitação dos défices cognitivos da pessoa assenta no conceito de neuroplasticidade, que está intimamente relacionado com os estímulos a que a pessoa está sujeita (Varanda & Rodrigues, 2017b). Desta forma, percebe-se que, ainda que a pessoa com alterações severas do estado de consciência não apresente resposta comportamental adequada a estímulos externos e que, por si, favoreçam a interação, ela vai beneficiar desses estímulos para a sua recuperação (Varanda, Rodrigues & Costa, 2015).

Durante o período de EC tive a oportunidade de aplicar um PEM num doente com comprometimento do estado de consciência: quando conheci o Sr. João ele apresentava flutuações do estado de consciência, estando frequentemente em estado mínimo de consciência. Ou seja, estava vigil, alerta, seguindo por vezes com o olhar e com períodos que cumpria ordens motoras simples, mas não de forma consistente.

A equipa multiprofissional dispunha de poucos dados sobre a situação pessoal e familiar do Sr. João, sobre os seus gostos pessoais, preferências ou rotinas, uma vez que ele não conseguia transmitir informações verbais e todas as pessoas de referência estavam a viver no estrangeiro. Importa realçar que este episódio teve início em janeiro de 2021, momento em que a pandemia de covid-19 apresentava os mais elevados índices de transmissibilidade em Portugal, sendo, portanto, muito difícil viajar para cá.

À semelhança do que é descrito na literatura, a primeira estimulação a ser introduzida foi sempre a estimulação auditiva: apresentando-me como enfermeira,

explicando o que me propunha realizar, tentando estabelecer sempre a relação entre o “tempo vivido” e o “tempo presente”, reorientando-o para a situação atual.

Mais tarde, e após diálogo com a família percebeu-se que o Sr. João costumava cantar e tocar instrumentos nos seus tempos livres, desta forma introduziram-se estímulos musicais que fossem ao encontro dos seus gostos, constatando-se que esses estímulos foram aqueles que mais *intensidade* assumiram na sua recuperação. Um dos maiores desafios que senti foi a necessidade de gestão das emoções do doente, já que, associado à introdução musical o cliente poderia demonstrar alegria na mesma intensidade e ao mesmo ritmo que, de seguida, demonstrava tristeza. De facto, “a capacidade de a pessoa se lembrar de algo está intimamente relacionada com a emoção que desencadeou” (Pinto, 2014, p.28) sabendo-se que as emoções negativas ficam mais facilmente memorizadas.

Outro desafio sentido durante a prestação de cuidados ao Sr. João foi o de estabelecer uma relação de confiança, necessária e indispensável para que se consiga uma relação terapêutica e de ajuda. Essa dificuldade era sentida decorrente do estado confusional agudo em que se encontrava, secundário à alteração do estado de consciência. Para além disto, o cliente apresentava inicialmente alteração e comprometimento da memória de trabalho e consequentemente da aprendizagem. Este comprometimento afeta inevitavelmente o processo de reabilitação, que se traduz na dificuldade em adquirir, reter e aplicar nova informação (Varanda & Rodrigues, 2017b). De facto, e concordando com as autoras experienciei com este doente que “sem uma reeducação cognitiva persistente e adequada a pessoa pode nunca atingir o patamar da independência funcional, mesmo que não apresente quaisquer limitações motoras.” (Varanda & Rodrigues, 2017b, p.215).

Neste sentido e a fim de facilitar a sua recuperação funcional, senti a necessidade de incluir um programa funcional de reabilitação cognitiva que abrangeu terapia de orientação para a realidade e terapia de reminiscência (Sousa, 2014).

Alguns dos exercícios realizados compreendidos na terapia de orientação para a realidade incluíram a utilização de calendários mensais, mapas dos locais que lhe eram familiares, e que por seu lado remetiam para o tempo vivido, e mapa do local onde nos encontrávamos, remetendo deste modo para o tempo presente.

Dentro da terapia de reminiscência procurou-se realizar, primariamente e em parceria com o Sr. João, uma árvore genealógica e uma linha de vida de Medalie.

Foram ainda proporcionados momentos de leitura de cartas endereçadas pelos familiares e amigos, e onde era pedido ao cliente que, de seguida, recordasse as histórias que vivera com cada um dos remetentes. Estes exercícios tinham como objetivo o treino da memória remota, ajudando o Sr. João a encadear, cronologicamente, as suas recordações.

De seguida remeto para os programas de reeducação da eliminação que pude desenvolver ao longo dos contextos de EC. No caso da Sr.^a Ana, de 59 anos, portadora de um AVC do hemisfério direito houve a necessidade de incluir um programa de reeducação ao nível da eliminação urinária. À admissão ao serviço procedeu-se à cateterização vesical, por disfunção vesico-esfincteriana manifestada por retenção urinária, provavelmente secundária a infeção do trato urinário e a restrição da mobilidade. Durante o cumprimento de antibioterapia dirigida ao agente isolado em urocultura, procurou-se recolher os dados disponíveis sobre a história de saúde (hábitos de eliminação da cliente, se já existia história de alteração desta função, entre outros). Após desalgaliação, foi necessário vigiar o padrão de volume residual pós miccional que, na ausência de ecógrafo, teve que ser realizado através de cateterismo intermitente. As técnicas comportamentais incluídas incidiram no treino vesical, treino de hábitos e reforço positivo. Ao longo do internamento a cliente conseguiu gerir melhor os intervalos miccionais, identificando a sensação de plenitude vesical e espaçando os episódios de eliminação. À data de alta fazia uso de fralda de proteção no período noturno, conseguindo gerir a eliminação urinária no período diurno. Teria sido interessante implementar exercícios da musculatura pélvica – exercícios de kegel - contudo não só a cliente não demonstrou disponibilidade para aprender a técnica explicada, como revelou pouco interesse em aplicá-la durante, no mínimo quatro semanas, no regime aconselhado, sem que daí observasse resultados.

No caso da Sr.^a Margarida, de 20 anos, cuja história de tetraparesia já foi várias vezes referida ao longo deste relatório, foi possível conceber e operacionalizar um programa de reeducação intestinal. Nesta situação, sendo a lesão medular da doente acima dos segmentos sagrados, podemos induzir que estamos perante uma situação de intestino neurogénico reflexo, caracterizado por diminuição da sensibilidade e ausência de controlo voluntário (OE, 2009). Não obstante, e por estarmos perante uma situação em que a integridade do arco reflexo está mantida, é possível provocar o esvaziamento através da administração de supositórios (OE, 2009).

O treino intestinal tinha como objetivo preservar a higiene pessoal da cliente e delinear estratégias para o restabelecimento da continência intestinal em intervalos previstos e regulares, através da estimulação da atividade reflexa; prevenindo as dejeções involuntárias e complicações como diarreia ou obstipação. Para melhor compreender esta problemática pude articular com outros profissionais, participando na otimização da dieta oferecida em parceria com a cliente e nutricionista. Tive ainda a oportunidade de observar e participar na avaliação neurológica da doente realizada à sua cabeceira pelo especialista de medicina física e reabilitação.

O programa de esvaziamento intestinal incluiu a administração de supositório de bisacodilo de manhã, com uma frequência inicial diária e posteriormente em dias alternados. Segundo a cliente o seu padrão intestinal prévio seria de três a quatro dias de intervalo entre dejeções, pelo que este período poderia ser ainda mais alargado, mas não em demasia para a prevenção de situações de obstipação. Foi reforçado junto dos pares e da cliente que seria desejável que, após a colocação do supositório se mantivesse em decúbito lateral esquerdo, mas nem sempre esta posição era tolerada pela própria. A curto prazo previa-se treinar a eliminação sentada em cadeira de higiene, tendo sido instruída a realizar massagens abdominais e a inclinar anteriormente o tronco. Em suma, os ganhos relacionados com a implementação deste programa de treino a nível intestinal estão relacionados com uma maior autonomia, ou seja, o maior controle sobre a capacidade para gerir onde e quando pretende eliminar, prevenindo perdas involuntárias de fezes, promovendo assim uma melhor qualidade de vida e prevenindo todas as complicações relacionadas com alterações intestinais.

partindo da constatação de que a desvantagem em termos absolutos não existe e que é resultante dos obstáculos com que, em determinadas situações, nos confrontamos, a reabilitação poderia então ser definida como *a ciência e a arte da gestão dos obstáculos potencialmente geradores de desvantagem*. Os seus objetivos são, portanto, analisar, suprimir, atenuar, ajudar a ultrapassar os obstáculos que a geram. (Hesbeen, 2001, p.52).

Posto isto, infere-se que o objetivo major da intervenção do EEER é promover a máxima independência da pessoa, ou quando tal não é possível capacitá-la para ser o mais independente possível para o autocuidado, face à nova situação de dependência.

No que diz respeito à capacitação da pessoa com limitação da atividade, foi possível ao longo dos EC conceber e implementar programas de ER com vista à

otimização do autocuidado. Remetendo para o exemplo da Sr.^a Margarida, previamente referido, foi possível constatar a importância de um programa de treino de AVD alimentar-se adequado às reais necessidades da pessoa.

Em primeiro lugar houve necessidade de garantir que a função deglutir se preservava segura e eficaz, tendo sido necessário realizar a sua avaliação. Nesta concluiu-se que não apresentava sinais de alerta ou sugestivos de aspiração, tolerando, e apresentando uma deglutição aparentemente segura e eficaz para todas as consistências oferecidas. De seguida foi oferecido dispositivo de compensação para que se conseguisse alimentar por mão própria. Uma vez que a família não tinha possibilidade de se dirigir ao hospital e não havendo materiais disponíveis, adaptaram-se os talheres de metal enrolando-os em compressa e adesivo. Desta forma, a cliente conseguia pegar nos talheres, manipulá-los e alimentar-se com moderada ajuda de terceiros, que consistia em abrir recipientes, cortar alimentos ou descascar fruta. O treino de motricidade fina (previamente referido) permitiu também que, com o decorrer das sessões a cliente conseguisse controlar melhor os movimentos finos e, portanto, manipular também mais facilmente os alimentos no prato.

Em suma, o programa de ER implementado para a Sr.^a Margarida permitiu que a cliente desenvolvesse estratégias para ser capaz de satisfazer as necessidades relacionadas com o autocuidado alimentar-se, passando de um sistema totalmente compensatório, para um sistema parcialmente compensatório.

De seguida remeto para as situações de cuidados em que foi necessário implementar programas de treino de AVD, instruindo, treinando e supervisionando a utilização de produtos de apoio, com vista ao desenvolvimento da máxima capacidade funcional da pessoa.

Em primeiro lugar descrevo o programa de cuidados delineado para a Sr.^a Carla, de 82 anos, admitida na ECCI após um internamento hospitalar de um mês por suspeita de AVC, que não foi confirmado nos exames complementares de diagnóstico e tratamento realizados. Contudo, e à data da alta hospitalar apresentava síndrome de imobilidade prolongada, motivo pelo qual vinha referenciada para os nossos cuidados. Na primeira avaliação da escala de MIF obteve-se um score de 46, correspondente a uma dependência moderada, mas muito próximo da grave (inferior a 40), sendo dependente de terceiros em grau moderado a total, para a alimentação, higiene pessoal e banho, vestir e despir, utilização da sanita e respetivo controlo de

esfíncteres, transferência e locomoção; mas sem alterações da comunicação ou cognição social. No momento da entrevista foi evidente o quão necessário se afigurava maximizar a autonomia da cliente, já que passava grande parte do dia sozinha. Por este motivo o filho insistia em internar a mãe numa estrutura residencial para idosos, sugestão fortemente recusada pela própria. De entre os objetivos propostos para o plano de cuidados especializados à Sr.^a Carla foi proposta a maximização da autonomia para a realização dos autocuidados previamente referidos, estipulando atingir um grau ligeiro de dependência.

Nas primeiras visitas domiciliárias foi instruído, treinado e supervisionado a realização de atividades terapêuticas no leito (como o rolar, a elevação controlada da bacia) e a mobilização dos segmentos corporais (com enfoque na flexão e extensão dos membros superiores com os dedos entrelaçados). Foi ainda instruída a realizar exercícios de motricidade fina (como abrir e fechar os botões da camisa de dormir e abrir e fechar a garrafa de água). Estes exercícios afiguraram-se indispensáveis para o posterior treino de transferência e marcha com andarilho (que adquirira previamente) e que teve lugar na terceira visita domiciliária. Foi explicado à Sr.^a Carla que, para deambular com este meio auxiliar de marcha deveria avançá-lo em primeiro lugar, de seguida deslocar o membro inferior direito (com menor força) ao seu encontro, suportando o peso no equipamento e por último deslocar a perna esquerda, colocando-a paralelamente à direita e sem ultrapassar a base do andarilho (OE, 2013; Olson, 2011; Coelho, Barros & Sousa, 2017). Para este treino de marcha foi necessário garantir um ambiente mais seguro, negociando com a Sr.^a D.^a Carla e família a remoção de tapetes soltos e o afastamento do radiador para um canto do quarto, pelo facto de ser um obstáculo à passagem, e do seu fio ser um fator de risco elevado para queda.

Cerca de um mês e meio após o início do programa de ER implementado à Sr.^a Carla, o score obtido na escala de MIF era de 86, correspondente a uma dependência ligeira. Nessa altura demonstrava ser capaz de aquecer a sua refeição no micro-ondas, fracionar os alimentos e de seguida alimentar-se por mão própria. Não era capaz de cozinhar para si, contando com o apoio do filho para a confeção das refeições. No que diz respeito às transferências e locomoção já demonstrava ser capaz de se levantar da cama e realizar marcha com apoio de andarilho, de forma segura e confiante, desde a cama até à cozinha e casa de banho, demonstrando um bom equilíbrio estático e dinâmico na posição ortostática. Os ganhos ao nível da

mobilidade e locomoção foram o fator preponderante e motivacional para a adesão ao programa de ER, repercutindo-se numa rápida recuperação funcional para a realização das AVD. De facto, pude constatar que quanto mais cedo a pessoa idosa recupera a marcha, “mais depressa se torna independente para outras atividades de vida” (Vieira, Sousa, Sousa & Berenger, 2016, p.2).

Importa referir que a técnica instruída para o mesmo produto de apoio, quer seja ele dispositivo de compensação ou auxiliar de marcha, varia de acordo com a finalidade desejada. Por exemplo, recorro a intervenção de ER a um senhor de 74 anos, que foi internado no serviço de neurocirurgia após uma queda de uma altura de 5 metros e da qual resultou um quadro de múltiplas fraturas, entre elas da rótula direita, com abordagem médica de tratamento conservador. Neste caso iria manter gesso durante cerca de oito semanas, com indicação para iniciar treino de marcha, com descarga desse membro, assim que o quadro clínico estivesse estável. Tendo em conta estas indicações a técnica instruída e treinada foi uma marcha com sustentação parcial do peso do corpo. O cliente foi instruído a avançar primeiro o andarilho, depois o membro inferior direito (que não poderia realizar carga no solo) e de seguida a avançar o membro inferior esquerdo, transferindo o peso para os membros superiores e andarilho (Coelho, Barros & Sousa, 2017).

Noutra situação, relato a implementação de um programa de ER onde foi possível promover um ambiente mais seguro através do ensino e treino sobre a melhor utilização de outro dispositivo de compensação, neste caso a cadeira de rodas. Remeto para o caso do Sr. João, de 73 anos, que foi referenciado para a ECCL após uma queda no domicílio, que decorreu de uma transferência da cadeira de rodas para a cama e da qual resultou uma fratura dorsal. O início do acompanhamento deste doente iniciou-se cerca de duas semanas após intervenção cirúrgica e os objetivos estabelecidos incluíam (entre outros) prevenir nova queda e promover a independência funcional, neste caso em cadeira de rodas.

Durante os treinos verificou-se que, apesar da cadeira de rodas estar adequada e adaptada às suas características antropométricas, o Sr. João não aplicava todos os princípios durante a transferência, comprometendo a sua segurança e deixando-o mais vulnerável à ocorrência de nova queda. Por exemplo, após sentar-se na beira da cama, travava apenas o lado da cadeira de rodas que estava junto a si e esquecia-se de remover o apoio de antebraço da cadeira do lado onde se encontrava. Posto isto, criámos uma *check-list* de passos a cumprir que ensinámos, instruímos e treinámos

em conjunto com o cliente e esposa a fim de facilitar a o procedimento e garantir que este era realizado em segurança, não tendo o cliente apresentado nova queda durante o seu internamento na ECCL.

2.4 Competências Específicas na Reeducação da Deglutição da Pessoa com Disfagia decorrente de Lesão Neurológica

Ao longo dos EC foi possível desenvolver competências técnico-científicas para a avaliação da pessoa em risco de disfagia. Recordo-me do Sr. António, de 87 anos que foi internado para intervenção cirúrgica a meningioma frontoparietal direito, e cuja intervenção incidiu nos dias subsequentes à cirurgia. Na altura estava consciente, orientado na pessoa, com períodos de confusão (tempo e espaço). Capaz de cumprir ordens simples, mas incapaz de cumprir ordens complexas. Apresentava parésia facial central direita, com discreto apagamento do sulco nasogeniano. Sem história prévia de alterações da deglutição.

Para avaliação da deglutição aplicou-se a escala de *GUSS*. Na aplicação do teste indireto (ou avaliação preliminar), obteve um *score* de 4 (pontuado zero nas características/alterações da voz, por apresentar rouquidão). Assim, avançou-se com cautela para o exame direto da deglutição. Neste apresentou uma pontuação de 5 na consistência semi-sólida (pudim) e 3 na consistência líquida (tendo tossido após o terceiro bólus, correspondente a 10ml), pelo que não foi avaliada a consistência sólida. Posto isto, e com uma pontuação total de 12 (num máximo de 20), considerou-se que apresentava disfagia moderada, com elevado risco de aspiração, pelo que foi mantida a sonda nasogástrica para reforço hídrico adequado às necessidades e implementada dieta pastosa, com supervisão de enfermeiro durante os momentos de refeição. Foi solicitado apoio da terapia da deglutição e observação pela equipa da ORL. Implementou-se programa funcional para reeducação da musculatura facial, aliado a programa de reeducação da deglutição. Os exercícios para reeducação da musculatura facial consistiam em encher a boca de ar, sorrir, mostrar os dentes e realizar a depressão do lábio inferior em frente a um espelho. O treino de fortalecimento muscular incidiu sobre os lábios (incluindo “mandar beijinhos” e “assobiar”) e bochechas (insuflar uni e bilateral, sem resistência). Instituiu-se ainda manobras compensatórias com técnicas posturais, recorrendo à flexão cervical. Nesta situação o Sr. António apresentava atenção mantida, mas tenacidade e concentração alterada, pelo que não conseguimos realizar sessões de treino superiores a 15 min. Como apresentava flutuações do estado de consciência, foi reforçada a importância entre pares para a monitorização de alterações do exame neurológico antes das refeições, garantindo a presença e supervisão do enfermeiro nesses momentos.

Dois dias depois foi transferido para o hospital da área de residência, pelo que não foi possível monitorizar a recuperação funcional deste cliente, de acordo com o programa implementado.

Tendo em consideração que a grande maioria dos clientes internados no serviço de neurocirurgia estão em risco acrescido de apresentarem alterações na deglutição, importa recordar que a deteção e intervenção precoce da disfagia permite prevenir atempadamente as suas complicações (Ferreira, Pierdevara, Ventura, Gracias, Marques & Mendonça, 2018), bem como as taxas de morbilidade, mortalidade e os custos acrescidos em saúde. Assim, torna-se fulcral que exista uma norma de trabalho que uniformize a intervenção dos diferentes profissionais no que diz respeito à alimentação da pessoa internada.

No contexto hospitalar de EC pude constatar que existia uma norma de procedimento para avaliação da deglutição à pessoa internada destinada a enfermeiros generalistas, contudo não existia uma que fosse destinada e desse visibilidade à intervenção do EEER. Neste sentido, a minha primeira dificuldade foi a de seleccionar um instrumento de medida adequado para avaliar o risco de disfagia que não só permitisse ser utilizado por todos os EEER, como sistematizasse e uniformizasse a sua intervenção. Posto isto, surgiu a oportunidade de realizar, em conjunto com a enfermeira orientadora e enfermeira chefe, um instrumento de trabalho que desse resposta a estes objetivos.

Existem vários instrumentos de medida que se propõem a despistar a presença de disfagia e respetivo grau de severidade, são exemplos a *Eating Assessment Tool* - EAT-10; a *Function Oral Intake Scale* – FOIS; a *Yale Pharyngeal Residue Severity Rating Scale*; a *Volume-Viscosity Swallow Test* - V-VST; a *Bedside Swallow Screening Test*; a *Dysphagia Trained Nurse Assessment*, a *GUSS* e a *Toronto Bedside Swallowing Screening Test*. De todos os instrumentos anteriormente referidos, apenas os últimos dois estão contemplados no documento da OE que compila os instrumentos de recolha de dados para a documentação dos cuidados especializados em ER (OE, 2016) e desses, apenas um está traduzido e validado para a população portuguesa à data de elaboração deste relatório (Ferreira, Pierdevara, Ventura, Gracias, Marques & Mendonça, 2018).

Numa revisão sistemática da literatura e meta-análise, Benfield, Everton, Bath & England (2020) propuseram-se comparar e avaliar a utilidade e precisão de cinco

instrumentos de avaliação da deglutição (Escala de *GUSS*, V-VST, DTNA, BEST e The Two volume Three Texture Test) para aplicação na pessoa em fase aguda pós-AVC. Nesse estudo concluíram que nenhum dos instrumentos de avaliação demonstrou ser suficientemente robusto, com utilidade clínica e custo-eficaz para ser utilizado isoladamente na avaliação da pessoa em fase aguda pós-AVC (Benfield et. al, 2020).

Das considerações finais destaca-se a necessidade de repensar a ordem de avaliação das consistências. Uma vez que os líquidos finos podem estar associados a um maior risco de aspiração, sugerem iniciar a avaliação por uma consistência de nível 4, segundo o diagrama da IDDSI [*International Dysphagia Diet Standardisation Initiative*] (2016), correspondendo a uma consistência pastosa (Benfield et. al, 2020). Com base nos estudos analisados, os autores sugerem ainda introduzir alimentos de texturas (correspondente aos alimentos de transição no diagrama IDDSI). Por um lado, avaliar a deglutição apenas com água (líquida ou nas diferentes consistências com recurso a espessante) poderá implicar falsos negativos, por outro, introduzir alimentos de transição permite-nos aproximar a avaliação realizada daquilo que vai ser a dieta oferecida (Benfield et. al, 2020).

De facto, numa das aplicações da escala de *GUSS*, realizadas à cabeceira da D.^a Helga, de 65 anos, obteve-se um *score* de 19 (em 20), tendo sido pontuado o valor intermédio na consistência para sólidos por apresentar atraso na deglutição. Segundo este instrumento de avaliação a dieta mais recomendada seria uma dieta pastosa e alimentos suaves (Trapl et. al, 2007), contudo, durante as refeições percebi que os purés de fruta oferecidos não eram bem tolerados pela cliente, fazendo caretas ao deglutir, apresentando frequentes acessos de tosse e tentativas de limpeza da garganta. Apesar do puré de fruta ser considerado de consistência pastosa, de facto a sua textura não é suave como a água espessada para consistência de mel ou pudim. Neste caso, e face aos sinais de alerta para risco de aspiração, decidiu-se suspender a toma de purés de fruta, até reavaliação da função de deglutir.

No que diz respeito ao desenvolvimento de competências específicas do EEER para a reeducação da deglutição, recordo a implementação do programa de treino à Sr.^a Susana de 49 anos, cujo estudo de caso foi essencial para o desenvolvimento de competências na prestação de cuidados de ER à pessoa com disfagia, encontrando-se na íntegra em Apêndice II. A Sr.^a Susana com o diagnóstico médico de meningioma

desde há cinco anos, e que, com agravamento do quadro clínico, foi submetida a cirurgia para remoção da lesão, com necessidade de intubação orotraquealmente (fator de risco acrescido para o desenvolvimento de disfagia). No decurso do internamento, foi avaliada por terapeuta da fala que descreve em diário que *“os resultados da avaliação indicam características compatíveis com uma disfagia orofaríngea de base neurogénica e de grau severo.”*. Durante o internamento cumpriu programa de reeducação da deglutição com a equipa de terapia da fala do respetivo hospital, com boa evolução e recuperação funcional. No momento do regresso a casa alimentava-se de dieta pastosa homogénea, tendo sido referenciada para ECCI para continuidade do programa de reabilitação.

À admissão na ECCI apresentava-se consciente e vigil (com atenção e tenacidade mantidas), mantendo capacidade para cumprir ordens simples e complexas. Apresentava-se emagrecida, relacionado com a perda ponderal significativa decorrente do internamento. Apresentava todas as peças dentárias em bom estado e higiene oral cuidada. À avaliação dos pares cranianos não apresentava alteração do I, V, VII, IX e XII pares cranianos. Apresentava hipofonia (alteração do X par craniano, sem comprometimento ou alteração do reflexo de vômito, faríngeo ou palatal), que foi revertendo com o decorrer do tempo e que poderia estar relacionada com a intubação.

Nesta situação a Sr.^a Susana já detinha um programa de treino para a deglutição instituído, que pude supervisionar, monitorizar e reformular de acordo com a sua evolução. O programa de treino integrava intervenções posturais, onde se incluía a flexão cervical, mudanças na consistência e volume da dieta (inicialmente pastosa homogénea, em colher de sopa, volume ~5ml), para garantir a segurança e eficácia da deglutição.

Os exercícios motores orofaciais integravam exercícios de fonação e exercícios de fortalecimento muscular dos lábios e da língua, com recurso a esponja de higiene oral e que eram realizados diariamente, numa frequência bidária, em sessões de cerca de 15-30 min, conforme tolerância. A escolha da esponja como material de apoio, ao invés da espátula, teve como intuito a prevenção de lesões, uma vez que a cliente apresentava diminuição da sensibilidade do terço lateral esquerdo da língua, com sensibilidade mantida na face interior da bochecha homolateral.

No decorrer do programa de reeducação da deglutição e durante a observação de uma das refeições, pude observar um episódio de engasgamento, decorrente da dificuldade em gerir a alimentação com a interação social. Neste caso foi imprescindível instruir sobre a técnica mais adequada para uma tosse eficaz e necessário explicar a importância de se focar na alimentação durante as refeições, tentando evitar ao máximo dialogar no decorrer das mesmas. Foi ainda lembrado que, decorrente do esforço necessário para se alimentar, poderia ser necessário fazer mais pausas entre a atividade e o repouso.

Foi possível assistir a uma recuperação funcional da deglutição, avançando nas consistências de mel e líquido fino, progressivamente e com tolerância. À data de alta da ECCI, cerca de três meses depois, a Sr.^a Susana era capaz de ingerir uma dieta geral, tolerando as diferentes consistências em separado, com segurança (sem sinais de disfagia ou aspiração) e eficácia, mantendo as intervenções posturais instituídas.

Nesta situação a motivação da Sr.^a Susana foi um dos mais preponderantes fatores facilitadores para adesão ao regime terapêutico. Um dos fatores inibidores foi a ansiedade e stress associados à situação familiar de conflito com o ex-marido e de disputa da guarda da filha, pelo que foi fundamental reservar tempo nas sessões para desenvolver técnicas de relaxamento e distração, demonstrando disponibilidade para escutar os problemas e ansiedades da doente e ajudando-a a encontrar estratégias de *coping* eficazes.

Foi possível observar não só ganhos em saúde relativos à recuperação funcional da função de deglutir, mas também no que diz respeito à satisfação da cliente, que referia frequentemente uma melhoria da qualidade de vida e bem-estar.

No decorrer do percurso de EC senti várias limitações práticas para o desenvolvimento e implementação de programas de reeducação da deglutição. No serviço de neurocirurgia um dos maiores desafios foi instruir a pessoa para a realização de exercícios de mudanças voluntárias da deglutição, como exercícios de respiração supraglótica, *Hard Swallow*, manobra de Mendelson ou de Masako. Em comparação, recorro à dificuldade que senti em coordenar os tempos (inspirar-pausa-deglutir-expirar) na primeira vez que realizei a técnica de respiração supraglótica e, no entanto, consigo compreender, interpretar e executar ordens complexas. Já no contexto de neurocirurgia, estamos perante indivíduos que apresentam frequentemente limitações cognitivas secundárias às alterações neurológicas

instaladas e que apresentam alterações do exame neurológico (com destaque para a consciência, linguagem, atenção e coordenação).

Para além deste fator, sabe-se que a avaliação e intervenção junto da pessoa com risco de disfagia não é uma intervenção linear. Em várias situações acontecia considerar que a pessoa estava capaz de ingerir dieta oralmente (com recurso a manobras compensatórias e adequação da dieta) e no dia seguinte, após nova avaliação, considerar que essa indicação já não se mantinha. A implementação de um programa de reeducação da deglutição torna-se ainda mais complicada quando a pessoa passa vários dias a cumprir jejum, como acontecia ora para realização de exames complementares de diagnóstico, ora para realização de intervenções cirúrgicas. Apesar do jejum não constituir contra-indicação, nessas situações a pessoa demonstrava muito menos disponibilidade e participação, e nesses casos tornava-se impossível realizar a avaliação direta da deglutição.

Ao longo do EC que decorreu em contexto de internamento pude constatar que as pessoas que eram avaliadas por profissionais competentes (EEER e terapeutas da fala) e que cumpriam programa de treino da deglutição apresentavam uma alimentação oral segura e eficaz, não tendo registado qualquer pneumonia associada aos cuidados em nenhum dos doentes internados nestas condições. Não obstante, não consegui observar uma evolução funcional significativa na função de deglutir decorrente dos programas de reeducação funcional implementados. Isto é, não constatei uma melhoria da função da deglutição que permitisse à pessoa progredir para consistências previamente não toleradas e ingerir uma dieta sem restrições. Esta situação poderá estar relacionada com o facto de os internamentos serem relativamente curtos em comparação com o tempo necessário para obter ganhos decorrentes do treino de deglutição implementado. De facto, segundo Braga (2017b), poderá ser necessário seis semanas até que se observem resultados decorrentes do treino com exercícios de amplitude de movimentos e fortalecimento muscular. Por outro lado, e no contexto de ECCI, pude observar durante os dois meses de acompanhamento da D^a Susana uma melhoria funcional considerável. Neste caso, a cliente terminou o programa a ser capaz de ingerir uma dieta geral sem restrições, com eficácia e segurança.

Para além destes fatores, constatei que nem todos os contextos de prática clínica têm produtos de apoio próprios para a adequada alimentação da pessoa com disfagia. Por exemplo, no serviço de internamento dispúnhamos de copos de plástico

descartável, não graduados, de 150 ml. O ideal seria existirem copos de plástico duro, graduados de, pelo menos 200 ml, já que o doseador de espessante foi idealizado para esta medida, e preparar os líquidos espessados imediatamente antes de os administrar. Verifiquei também que nem sempre o espessante era utilizado conforme as indicações do fabricante, o que resultava em consistências diferentes das recomendadas, e em preparados com múltiplas consistências, culminando num aumento do risco de aspiração. Posto isto, senti a necessidade de educar pares e assistentes operacionais para a importância de cumprir boas práticas na preparação de líquidos com adição de espessante.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A alimentação não deve ser encarada apenas como a ingestão de líquidos e alimentos que garantam o aporte calórico necessário à sobrevivência da pessoa. Os rituais associados à preparação, confecção e partilha de refeições dependem da cultura envolvente, espelhando ainda as tradições familiares e o estilo de vida de cada um, estando associados a momentos de partilha e prazer. Posto isto, importa compreender que uma alteração na capacidade de deglutir poderá afetar não só a pessoa, mas também a sua família.

As pessoas com disfagia apresentam frequentemente complicações respiratórias, nutricionais e psicossociais, sendo de destacar os elevados custos em saúde relacionados com o aumento dos dias de internamento e as taxas de reinternamento (Baijens et. al, 2016; Braga, 2017a), frequentemente justificadas por pneumonias adquiridas na comunidade. Estas complicações estão associadas a um aumento da fragilidade e morbilidade (Baijens et. al, 2016), com impacto na funcionalidade da pessoa e, em última instância, na qualidade de vida da pessoa e família.

O EEER é um profissional detentor de um vasto conhecimento e experiência acrescida, que está mais próximo do cliente e família e, portanto, tem a responsabilidade de identificar este problema atempadamente. Assim, é importante que desenvolva competências para o diagnóstico precoce, que está dependente de uma avaliação detalhada da pessoa com disfagia. De seguida, o seu papel passa por conceber, implementar e monitorizar um programa de reeducação da deglutição único e planeado de forma individual, integrado numa abordagem holística, reformulando-o sempre que necessário. O objetivo fulcral deve visar a prevenção das complicações previamente elencadas, a independência e autonomia da pessoa para o autocuidado alimentar-se, segura e eficazmente; a maximização da funcionalidade, da satisfação e da qualidade de vida da pessoa e família.

No presente relatório procurou-se descrever, refletir e analisar sobre as atividades realizadas em contexto de EC, que espelham o desenvolvimento do perfil de conhecimentos, capacidades e competências expectáveis para a aquisição do grau de mestre, bem como para a obtenção do grau de especialista na área de ER.

O primeiro capítulo englobou o enquadramento teórico da temática aprofundada e pretendeu dar resposta à pergunta de investigação “Que intervenções

pode o EEER desenvolver à pessoa com alteração da deglutição por lesão neurológica?”. Aqui clarificou-se o conceito de disfagia e as complicações associadas, para posteriormente estabelecer a relação entre a importância da intervenção precoce e adequada do enfermeiro, com destaque para o EEER. De seguida detalhou-se uma avaliação sistemática da deglutição, e respetivos sinais de alerta para a presença de disfagia ou aspiração, que devem ser do conhecimento de todos os elementos envolvidos na prestação direta de cuidados à pessoa com potencial risco de compromisso da deglutição. Neste ponto destaca-se a importância do papel do EEER enquanto formador quer dos pares, quer dos cuidadores, para a devida vigilância destes sinais de alerta. Neste seguimento, descrevem-se as intervenções de ER à pessoa com alteração da deglutição e que incluem técnicas compensatórias, técnicas posturais, manobras acessórias da deglutição, estratégias associadas à alimentação e modificações da própria dieta. Para finalizar, fez-se uma breve descrição do quadro teórico de referência escolhido para a realização deste trabalho: Teoria do Défice do Autocuidado de Dorothea Orem.

Neste capítulo a maior dificuldade sentida prendeu-se com o facto de existir pouca evidência científica sobre a temática, quer ao nível da quantidade, quer ao nível da qualidade das investigações realizadas. No que diz respeito aos estudos analisados, nenhum incluía enfermeiros na sua equipa e as conclusões referentes aos ganhos decorrentes do programa de reeducação da deglutição não foram consensuais entre todos os autores. Não obstante, importa realçar que em Portugal um dos manuais de referência para a ER, *“Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida”*, recentemente publicado, integra dois capítulos sobre a temática, escrito por um EEER. Isto revela que os primeiros passos estão a ser dados no sentido de dar maior visibilidade à intervenção do EEER à pessoa com disfagia, demonstrando ao público em geral, e à restante equipa multidisciplinar em particular, as nossas competências e os respetivos ganhos em saúde decorrentes da nossa intervenção.

No segundo capítulo procurou-se descrever e analisar as atividades realizadas no decorrer do terceiro semestre do curso de mestrado. Em primeiro lugar fez-se uma breve caracterização dos locais de EC, que decorreu entre novembro de 2020 e abril de 2021, num serviço de ECCI e num serviço de neurocirurgia, ambos localizados na área da grande Lisboa. De seguida surgem três subcapítulos onde são descritas e analisadas as respetivas atividades: no primeiro descrevem-se aquelas que

permitiram desenvolver competências comuns a todos os EE, no segundo as que permitiram desenvolver as competências específicas do EEER e no terceiro as atividades realizadas que possibilitaram o desenvolvimento de competências do EEER à pessoa com alteração da deglutição por lesão neurológica, conforme proposto no início do relatório.

Nesta fase, importa realçar como pontos positivos o vasto leque de experiências e oportunidades vividas em contexto de EC, bem como o apoio incansável dos enfermeiros orientadores e restante equipa multidisciplinar, que potenciaram este percurso de aprendizagem. Como pontos menos positivos indico o facto de ter tido menos experiências do que aquelas que tinha idealizado para a implementação de programas de ER para a reeducação da deglutição. No primeiro contexto de EC, em ECCI, houve a oportunidade de conceber e operacionalizar um programa de reeducação a uma senhora de 49 anos, com disfagia orofaríngea sequelar a meningioma, tendo sido possível constatar os ganhos e a recuperação funcional da deglutição desta cliente. No segundo contexto de EC, num serviço de neurocirurgia, houve a possibilidade de realizar várias avaliações da função de deglutir a diferentes pessoas internadas, contudo as características gerais do internamento tornavam difícil implementar, monitorizar e avaliar longos programas de reeducação da deglutição. Ora porque os internamentos eram curtos, ora porque as pessoas apresentavam frequentemente oscilações do estado de consciência e, portanto, era frequente não apresentarem condições neurológicas (como atenção e tenacidade mantidas, por exemplo) para levar a cabo um programa sistemático de ER.

Durante a realização do EC existiram vários momentos de partilha e discussão de situações e dilemas éticos, que continuam sem resposta, mas que tiveram impacto na minha visão e atitude perante a pessoa com potencial risco de compromisso da deglutição. Por exemplo, durante a prestação de cuidados à pessoa com disfagia somos frequentemente confrontados com a necessidade de proceder à entubação nasogástrica para garantir o adequado aporte hídrico e nutricional, contudo importa lembrar que este é um procedimento invasivo e desconfortável para a pessoa. Frequentemente acabamos a contê-la sob o pretexto de prevenir comportamentos autolesivos e mais propriamente para prevenir a exteriorização de dispositivos médicos, neste caso a própria sonda nasogástrica. Posto isto, levanta-se a questão: quando é que devemos proceder à entubação nasogástrica na pessoa com via oral

comprometida? Mais se acrescenta: no caso de a pessoa com demência e disfagia, sem testamento vital que defenda a sua vontade, como devemos intervir?

Perante estas dúvidas e inquietações, e com busca à excelência dos cuidados, resta-nos a discussão entre pares, com base na mais recente evidência científica e levando em linha de conta as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional. É importante recordar que para obter ganhos em saúde é necessário que a equipa multidisciplinar trabalhe em equipa, de forma sistemática e harmoniosa, contribuindo cada um, e em conjunto, com os seus conhecimentos e experiência na procura constante da excelência dos cuidados. Enquanto futura EEER realço a importância do Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em ER, enquanto instrumento de referência para a reflexão sobre a prática especializada dos cuidados de ER, e que inclui como indicadores a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado, a readaptação e reeducação funcional, a promoção da inclusão social e a organização dos cuidados de ER (Regulamento nº 350/2015).

Pelo exposto até aqui, acredito que demonstrei um perfil de conhecimentos, capacidades e competências que vai ao encontro do quadro de qualificações para a obtenção do grau de mestre, mencionado nos descritores de Dublin. Assim, considero que demonstrei a capacidade de “integrar conhecimentos e lidar com questões complexas, e emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, mas que incluem reflexão sobre as responsabilidades sociais e éticas relacionadas com a aplicação dos seus conhecimentos e juízos” (Quadro de Qualificações do Ensino Superior em Portugal, 30 de maio de 2011, p.59). No âmbito das capacidades, considero que demonstrei ser capaz de aplicar os meus conhecimentos para a “resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares” (Quadro de Qualificações do Ensino Superior em Portugal, 30 de maio de 2011, p.59). Por último, no âmbito das competências considero ter demonstrado a mais relevante, que diz respeito à competência de “aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo” (Quadro de Qualificações do Ensino Superior em Portugal, 30 de maio de 2011, p.59) e que me acompanhará ao longo do meu percurso profissional.

O desenvolvimento deste perfil de competências humanas e técnico-científicas vai também ao encontro do perfil de competências esperado no EEER, que acredito

ter demonstrado ao longo do percurso, e mais concretamente, ao longo do presente trabalho.

Enquanto futura EEER ambiciono liderar um projeto de intervenção especializada à pessoa com potencial compromisso da deglutição no meu contexto de prática clínica, transpondo o conhecimento adquirido nesta fase e dando continuidade a este percurso de desenvolvimento de competências.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Baijens, L. W.; Clavé, P.; Cras, P.; Ekberg, O.; Forster, A.; Kolb, G. F.; Leners, J.-C.; Masiero, S.; Mateos-Nozal, J.; Ortega, O.; Smithard, D. G.; Speyer, R. & Walshe, W.. (2016). European Society for Swallowing Disorders – European Union Geriatric Medicine Society white paper: oropharyngeal dysphagia as a geriatric syndrome. *Clinical Interventions in Aging*. 11. pp. 1403-1428. <http://dx.doi.org/10.2147/CIA.S107750>
- Benfield J. K.; Everton L. F.; Bath, P. M. & England T. J. (2020) Accuracy and clinical utility of comprehensive dysphagia screening assessments in acute stroke: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Nursing*. 2020; 29. 1527–1538. <https://doi.org/10.1111/jocn.15192>
- Braga, R. (2017a). Avaliação da função deglutição. In C. Masques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 181-188). Loures: Lusodidacta.
- Braga, R. (2017b). Reeducação da deglutição. In C. Masques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 263-270). Loures: Lusodidacta.
- Christmas, C., & Rogus-Pulia, N. (2019). Swallowing Disorders in the Older Population. *The American Geriatrics Society*, pp. 1-7. doi:10.1111/jgs.16137
- Coelho, C.; Barros, H. & Sousa, L. (2017). Reeducação da função sensoriomotora. In C. Masques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 227-251). Loures: Lusodidacta.
- Correia, C.; Barbosa, L.; Rebelo, L.; Alves, M.; Pinho, N. & Magalhães, B. (2019). O treino propriocetivo e de equilíbrio postural no idoso para a prevenção de quedas: scoping review. *Revista portuguesa de enfermagem de reabilitação*. 2(1), 66-77. DOI 10.33194/rper.2019.v2.n1.09.4573.
- Decreto-Lei n.º 136/2015. Diário da República, I Série (n.º 145 2015-07-28). páginas 5081 – 5091. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/136/2015/07/28/p/dre/pt/html>

- Diccini, S. & Santos, L. (2017). Exame neurológico. In S. Diccini, *Enfermagem em neurologia e neurocirurgia*. (pp. 11-46). Rio de Janeiro: Atheneu.
- Direção-Geral da Saúde. Ministério da Saúde. (2015). Plano nacional de saúde – Revisão e extensão a 2020. Disponível em <http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>, acessado a 13-08-2020
- ESSD. (2012). European society for swallowing disorders: oropharyngeal dysphagia in adult patients. *2nd essd congress*. Obtido em 10 de julho de 2020, de http://www.myessd.org/docs/position_statements/ESSD_Position_Statements_on_OD_in_adult_patients_for_web.pdf
- Ferreira, A. M. S.; Pierdevara, L.; Ventura, I. M.; Gracias, A. M. B.; Marques, J. M. F. & Mendonça dos Reis, M. G. (2018). Gugging swallowing screen: Contributo para a validação cultural e linguística para o contexto português. *Revista de enfermagem referência*. Série IV (16). 85-94. DOI <https://doi.org/10.12707/RIV17090>
- Glenn-Molali, N. H (2011). Alimentação e Deglutição. In S. P. Hoeman. *Enfermagem de reabilitação: prevenção, intervenção e resultados esperados* (4a ed.) (C. Saraiva, J. M. Sousa, B. Mertens, L. Abecassis, M. Abecassis, M. O. Sousa ... R. Azevedo. Trad.) (pp. 295-317). Loures: Lusodidata. (tradução do original *Rehabilitation nursing: prevention, intervention & outcomes*, 4th ed., 2011).
- Gharib, A. Z., Berretin-Felix, G., Rossoni, D. F., & Yamada, S. S. (4 de agosto de 2019). Effectiveness of therapy on post-extubation dysphagia: clinical and electromyographic findings. (SAGE, Ed.) 12, pp. 1-6. doi:10.1177/1179550619873364
- Hesbeen W. (2001). *A Reabilitação: criar novos caminhos*. Loures: Lusociência
- Howard, M. M., Nissenson, P. M., & Meeks, L. &. (maio de 2018). Use of textured thin liquids in patients with dysphagia. *American journal of speech-language Pathology*, 27, pp. 827-835. doi:https://doi.org/10.1044/2018_AJSLP-16-0140
- Kawano, H., Mori, T., Kuroki, A., Nagasaki, T., Maruyama, M., Yoshikawa, M., & Yoshida, M. &. (4 de janeiro de 2018). Candy eating behaviour to improve

- swallowing function in dementia subjects. *Archives of Gerontology and Geriatrics*(75), pp. 181-184. doi:<https://doi.org/10.1016/j.archger.2017.12.014>
- Marques-Vieira, C.; Sousa, L. & Braga, R. (2017). Reabilitar a pessoa com acidente vascular cerebral. In C. Masques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 465-474). Loures: Lusodidacta.
- McKenna, V., Zhang, B., Haines, M., & Kelchner, L. (maio de 2017). A systematic review of isometric lingual strength-training programs in adults with and without dysphagia. (A. S.-L.-H. Association, Ed.) *American journal of speech-language pathology*, 26, pp. 524-539. doi:10.1044/2016_AJSLP-15-0051
- Menoita, E. C. P. C. & Cordeiro, M. C. O. (2012). Reeducação funcional respiratória. In M. C. Cordeiro, & E. Menoita, *Manual de boas práticas na reabilitação respiratória: Conceitos, princípios e técnicas* (pp. 61-115). Loures: Lusociência.
- Ministério da Saúde (2018), Retrato da Saúde, Portugal.
- Munich: Pflaum Verlag. doi: 10.12855/ar.sb.mirrortherapy.e2013 [Epub]
- Nikraves, M.; Aghajanzadeh, M.; Maroufizadeh, S.; Saffarian, A. & Jafari, Z. (2021). Working memory training in post-stroke aphasia: Near and far transfer effects. *Journal of communication disorders*. 89. 106077. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2020.106077>
- Nunes, L.; Amaral, M.; Gonçalves, R. (2005). *Código deontológico do enfermeiro: dos Comentários à análise dos casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- O quadro de qualificações do ensino superior em Portugal: Relatório da comissão internacional sobre a verificação da compatibilidade com o quadro de qualificações do espaço europeu do ensino superior* (30 de maio de 2011). Consultado em https://wwwcdn.dges.gov.pt/sites/default/files/relatorio_referenciacao_ensino_superior_portugal_qq-ees_0.pdf, acedido a 08/06/2021.
- Olson, R. S. (2011). Função musculoesquelética. In S. P. Hoeman. *Enfermagem de reabilitação: prevenção, intervenção e resultados esperados* (4a ed.) (C. Saraiva, J. M. Sousa, B. Mertens, L. Abecassis, M. Abecassis, M. O. Sousa ...

R. Azevedo. Trad.) (pp. 411-442). Loures: Lusodidata. (tradução do original Rehabilitation nursing: prevention, intervention & outcomes, 4th ed., 2011).

Ordem dos Enfermeiros (2009). Guia de boa prática de cuidados de enfermagem à pessoa com traumatismo vertebro-medular. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernoso equiavertebro.pdf>.

Ordem dos Enfermeiros (2012) *Combater a desigualdade: da evidencia à ação*. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8904/ind-kit-2012-final-portugu%C3%AAs_vfinal_correto.pdf. Acedido a 01-12-2019

Ordem dos Enfermeiros. (2013). Guia orientador de boa prática – Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade, posicionamentos, transferências e treino de deambulação. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Ordem dos Enfermeiros. (24 de janeiro de 2015). *Áreas investigação prioritárias para a especialidade de enfermagem de reabilitação*. Ordem dos Enfermeiros, Assembleia do colégio da especialidade de enfermagem de reabilitação, Porto.

Ordem dos Enfermeiros. (2016). Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros.

Organização Mundial da Saúde (2004). CIF: *Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde*. Lisboa: Direção-Geral de Saúde.

Park, H.; Oh, D.; Yoon, T. & Park, J.. (May/june 2019). Effect of effortful swallowing training on tongue strength and oropharyngeal swallowing function in stroke patients with dysphagia: a double-blind, randomized controlled trial. *International journal of language & communication disorders*, 54 (3), pp. 479-484. doi: 10.1111/1460-6984.12453.

Peixoto, N. M., & Peixoto, T. A. (2016). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. *Revista de enfermagem referência*, IV (11), 121-132.

- Petronilho, F. & Machado, M. (2017). Teorias de enfermagem e autocuidado: Contributos para a construção do cuidado de reabilitação. In C. Masques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 3-14). Loures: Lusodidacta.
- Pinto, V. L. C. M. (2014). *Coma – Provocar a consciência*. Loures: Lusodidacta.
- Portaria n.º 50/2020 de 27 de fevereiro. Isenção do ISP para utilização na navegação comercial. ELI: <https://data.dre.pt/eli/port/50/2020/02/27/p/dre>
- Regulamento nº350/2015 (2015). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação*. Diário da República, 2ª série (nº 119 de 22 06 2015), 16655 16660. ELI: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoPadQualidadeCuidEspecializEnfReabilitacao_DRJun2015.pdf
- Regulamento nº140/2019 (2019). *Regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Diário da República, 2ª série (n.º 26 de 06-02-2019), 4744-4750. ELI: <https://dre.pt/application/conteudo/119236195>.
- Regulamento nº392/2019 (2019). *Regulamento das competências específicas do Enfermeiro especialista*. Diário da República, 2ª série (nº 85 de 03-05-2019), 13565-13568. ELI: <https://dre.pt/application/conteudo/122216893>.
- Rothgangel, A. & Braun S. (2013). Mirror therapy: Practical protocol for stroke rehabilitation. doi: 10.12855/ar.sb.mirrortherapy.e2013 [Epub], consultado em 31/03/2021.
- Silva, R. P. & Sousa, E. (2020). Continuidade de cuidados de reabilitação entre contextos de saúde: Estudo de caso. *Revista portuguesa de enfermagem de reabilitação*. 3(1), 70-75.
- Sousa, C. (2014). Neuropsicologia. In M. J. Sá, *Neurologia clínica: Compreender as doenças neurológicas* (pp. 849-868). Porto: Universidade Fernando Pessoa.

- Souza, G. A. D.; Silva, R. G.; Cola, P. C. & Onofri, S. M. M.. (2019). Resíduos faríngeos nas disfagias orofaríngeas neurogênicas. *CoDAS*, 31 (6). DOI: 10.1590/2317-1782/20192018160
- Rofes, L., Arreola, V., Almirall, J., Cabré, M., Campins, L., García-Peris, P.... Clavé, P. (2011). Diagnosis and management of oropharyngeal dysphagia and its nutritional and respiratory complications in the elderly. (H. P. Corporation, Ed.) *Gastroenterology research and practice*, pp. 1-13. doi:10.1155/2011/818979
- Seeley, R. R.; Stephens, T. D. & Tate, P. (2011) Anatomia & fisiologia (M.T. Leal, M. C. Durão, L. Abecassis) (8ªed.). Loures: Lusociência. (Tradução do original do inglês *Anatomy & physiology*, 2008).
- Takizawa, C., Gemmell, E., Kenworthy, J., & Speyer, R. (12 de Março de 2016). A systematic review of the prevalence of oropharyngeal dysphagia in stroke, parkinson's disease, alzheimer's disease, head injury, and pneumonia. *CrossMark*. doi:10.1007/s00455-016-9695-9
- Taylor, S. G. (2004). Teoria do déficit de auto-cuidado de enfermagem. In Tomey, A. M. & Alligood, M. R. (5ªed.), *Teóricas de enfermagem e a sua obra (modelos e teorias de enfermagem)* (pp 211-235). Loures: Lusociência.
- Tarameshlu, M., Ghelichi, L., Azimi, A. R., & Ansari, N. N. (2018). The effect of traditional dysphagia therapy on the swallowing function in patients with multiple sclerosis: A pilot double-blinded randomized controlled trial. *Journal of bodywork & movement therapies*, 23, pp. 171-176. doi:https://doi.org/10.1016/j.jbmt.2018.01.016
- Trapl, M. E.; Enderle, P.; Nowotny, M.; Teuschl, Y.; Matz, K.; Dachenhausen, A. & Brainin, M. (2007). Dysphagia bedside screening for acute-stroke patients: the gugging swallowing screen. *STROKE*, 38, pp. 2948-2952. doi:https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.107.483933
- Varanda, E. M. G., Rodrigues, C. A. F. & Costa, A. J. A. (2015, setembro). Projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem: Avaliação e estimulação do doente com alterações do estado de consciência. In *Concurso padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem da secção regional sul da Ordem dos Enfermeiros*.

- Varanda, E. M. G. & Rodrigues, C. A. F. (2017a). Avaliação da pessoa com alterações da função cognitiva: Avaliar para reeducar e readaptar. *In* C. Masques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 145-158). Loures: Lusodidacta.
- Varanda, E. M. G. & Rodrigues, C. A. F. (2017b). Reeducação cognitiva em enfermagem de reabilitação: Recuperar o bailado da mente. *In* C. Masques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 215-225). Loures: Lusodidacta.
- Veiga, L. M. C. (2015). *Reabilitação funcional após acidente vascular cerebral: resultados de uma unidade de convalescença*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação. Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Saúde, Bragança. Disponível em <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/11997/1/Liliana%20Marisa%20Coimbra%20Veiga.pdf>
- Vieira, C. M. A. M.; Sousa, L. M. M.; Sousa, L. M. R. & Berenger, S. M. A. C. (2016). O diagnóstico de enfermagem "Andar Comprometido" nos idosos: Revisão sistemática da literatura. *in Texto & Contexto Enfermagem*. 25 (3). doi: 10.1590/0104-07072016003350015

APÊNDICES

APÊNDICE I – PROJETO DE ESTÁGIO

11º Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

Unidade Curricular Opção II – Trabalho de Projeto

**“A intervenção do Enfermeiro Especialista em
Enfermagem de Reabilitação à pessoa com alteração da
deglutição por lesão neurológica”**


Lisboa

2020
80

11º Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

Unidade Curricular Opção II – Trabalho de Projeto

**“A intervenção do Enfermeiro Especialista em
Enfermagem de Reabilitação à pessoa com alteração da
deglutição por lesão neurológica”**

Docente Orientador:

Professor Doutor Miguel Joaquim Nunes Serra

Lisboa

2020



LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AVC	Acidente Vascular Cerebral
DGS	Direção-Geral da Saúde
ER	Enfermagem de Reabilitação
EEER	Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação
ESEL	Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
ESSD	<i>European Society for Swallowing Disorders</i> (Sociedade Europeia para os Distúrbios da Deglutição)
MASA	<i>Mann Assessment of Swallowing Ability</i>
OE	Ordem dos Enfermeiros

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	84
I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	87
1. Anatomofisiologia da Deglutição	13
2. A pessoa com Alteração da Deglutição	14
3. Quadro de Referência Teórico	17
4. Intervenções de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa com Alteração da Deglutição	93
5. Descrição dos Contextos de Ensino Clínico	31
II. DESCRIÇÃO DOS OBJETIVOS A ATINGIR	102
CONCLUSÃO	103
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	71

APÊNDICES

APÊNDICE I – Planeamento de Atividades

APÊNDICE II – Cronograma de Atividades

APÊNDICE III – Avaliação dos Pares Cranianos envolvidos na Deglutição

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Intervenções de ER à Pessoa com Alteração da Deglutição – Técnicas Posturais	16
Tabela 2. Intervenções de ER à Pessoa com Alteração da Deglutição – Estimulação sensitiva e Mudanças Voluntárias da Deglutição	17
Tabela 3. Intervenções de ER à Pessoa com Alteração da Deglutição – Exercícios de Amplitude de Movimentos e Fortalecimento Muscular.	20

INTRODUÇÃO

O aumento da população envelhecida condiciona novos problemas, onde as doenças crónicas apresentam um peso preponderante nos cuidados de saúde. Segundo o Ministério da Saúde (2018) em 2014 cerca de 20 mil episódios de internamento foram motivados por acidentes vasculares cerebrais (AVC). Considerando que em Portugal, as principais causas de morte são as doenças cérebro-cardiovasculares e o cancro (Ministério da Saúde, 2018), o Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares define como principal objetivo a redução da mortalidade prematura (antes dos 70 anos) (Ministério da Saúde, 2018). Esta meta vai ao encontro das Metas de Saúde 2020, traçada no Plano Nacional de Saúde – Revisão e Extensão a 2020 – onde se estipula “A. Reduzir a mortalidade prematura (≤ 70 anos), para um valor inferior a 20%” e “B. Aumentar a esperança de vida saudável aos 65 anos de idade em 30%” (DGS. Ministério da Saúde. 2015).

Segundo Rofes et. al (2011) mais de 30% das pessoas que já tiveram um AVC apresentaram disfagia em alguma das fases do processo de reabilitação, enquanto que Baijens et. al (2016) apontam um intervalo de prevalência na ordem dos 29-64%. Numa revisão sistemática da literatura, Takizawa, Gemmell, Kenworthy & Speyer (2016) relatam que a prevalência de disfagia orofaríngea na pessoa portadora de AVC pode variar entre 8.1 a 81%. Nas pessoas portadores de doença de Parkinson, Rofes et. al (2011) aponta uma prevalência na ordem dos 52 a 82%, enquanto que Takizawa, Gemmell, Kenworthy & Speyer (2016) relatam estar entre os 11 e os 81%. No que diz respeito às pessoas com esclerose múltipla Guan et. al. (2015) citado por Tarameshlu, Ghelichi, Azimi & Ansari (2018) referem que em cada três pessoas, uma apresenta disfagia. Por último, Rofes et. al (2011) descreve que 40% das pessoas idosas (com 65 anos ou mais) apresentam disfagia, sendo que no caso das pessoas idosas institucionalizadas, esse valor aumenta para mais de 60%. Para além dos dados previamente referidos importa destacar que em cada dez pessoas idosas com pneumonia adquirida na comunidade (importante causa de mortalidade na pessoa idosa), nove já apresentava disfagia orofaríngea (Takizawa, Gemmell, Kenworthy & Speyer, 2016).

Apesar dos dados supramencionados demonstrarem uma grande variação de prevalências é consensual entre os vários autores que a disfagia é uma situação frequentemente subdiagnosticada e desvalorizada. A comparação entre estudos torna-se ainda mais difícil e pouco rigorosa dado existirem diferentes critérios para o

diagnóstico de disfagia, não existindo consenso entre o instrumento de avaliação mais adequado.

A disfagia pode acarretar complicações respiratórias, nutricionais, psicossociais (Baijens et. al, 2016; Braga, 2017a; Howard, Nissen, & Meeks, 2018; Christmas & Rogus-Pulia, 2019; Tarameshlu, Ghelichi, Azimi, & Ansari, 2019) e económicas, onde se destacam os elevados custos em saúde relacionados com o aumento dos dias de internamento e das taxas de reinternamento (Baijens et. al, 2016; Braga, 2017a). Por estes motivos, pode concluir-se que a disfagia está associada a uma diminuição da qualidade de vida da pessoa e família.

A Sociedade Europeia para as Alterações da Deglutição (*ESSD*) recomenda que na admissão de uma pessoa com potencial risco de alteração da deglutição seja protelada a alimentação oral até que possa ser realizada uma avaliação adequada e rigorosa. Importa realçar que a pessoa portadora de lesão neurológica está em maior risco de apresentar alterações da deglutição. Além disso, e tendo em consideração o processo de envelhecimento, o risco anteriormente referido aumenta consideravelmente se a pessoa com lesão neurológica for também idosa.

Segundo o regulamento nº392/2019 o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) deve demonstrar ser capaz de realizar, implementar e monitorizar planos de enfermagem de reabilitação (ER) diferenciados que vão ao encontro das necessidades das pessoas, baseados nos reais problemas e antecipando os potenciais (Regulamento nº392/2019). São competências específicas a demonstrar pelo EEER a capacidade para a) cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados; b) capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania e c) maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa (Regulamento nº392/2019).

A reeducação da deglutição visa manter ou recuperar a independência na alimentação, tornando-a segura e eficaz, prevenindo complicações e maximizando a satisfação da pessoa. A temática do presente projeto enquadra-se nas áreas de investigação prioritárias para a especialidade de ER elencadas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) (2015). Neste sentido, este projeto procura desenvolver e aprofundar as “Intervenções autónomas do enfermeiro de reabilitação na função motora” (área considerada emergente) e mais concretamente “Intervenções

autónomas do enfermeiro de reabilitação na deglutição” (área considerada prioritária) (OE, 2015). Para estudar esta problemática recorreu-se ao modelo teórico de Dorothea Orem, que vai ao encontro da filosofia de cuidados do EEER.

Desta forma surge o presente trabalho de projeto no âmbito da unidade curricular Opção II, do segundo semestre do 11º curso de mestrado em enfermagem na área de especialização em ER. Tem como objetivo planejar o terceiro semestre, que irá decorrer em contexto de ensino clínico, projetando o desenvolvimento de competências comuns do Enfermeiro Especialista e o desenvolvimento de competências específicas do EEER. Importa realçar que, embora o projeto esteja direcionado no desenvolvimento de competências relacionadas com as intervenções de ER à pessoa com compromisso da deglutição, o percurso formativo não se esgota nesta área.

O enquadramento teórico foi realizado com base numa revisão narrativa da literatura, que procurou dar resposta à seguinte questão de investigação “*Que intervenções pode o EEER desenvolver à pessoa com alteração da deglutição por lesão neurológica?*”. A metodologia utilizada na pesquisa de evidência científica apoiou-se nas bases de dados CINAHL Complete e MEDLINE Complete (através da plataforma EBSCOhost) e decorreu nas três primeiras semanas de julho do presente ano. Para além destes foram analisados relatórios institucionais (nacionais e internacionais), manuais da especialidade e guias de boas práticas incluídos como literatura cinzenta sobre a temática.

O presente projeto encontra-se estruturado em dois capítulos: o primeiro diz respeito ao enquadramento teórico, onde se procura fazer uma descrição do que é a disfagia; quais as suas causas e qual o impacto pessoal, social e económico desta situação; como realizar a avaliação de ER à pessoa com compromisso da deglutição por lesão neurológica e explicitação das intervenções de reabilitação a adotar pelo EEER. É ainda explicitado o quadro de referência teórico escolhido, terminando com uma breve descrição dos contextos de ensino clínico. O segundo capítulo descreve os objetivos delineados para dar resposta às competências comuns e específicas do EEER que se pretende atingir.

O presente trabalho foi redigido segundo a 6ª Edição da norma APA (*American Psychological Association*), em vigor na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa para a elaboração de trabalhos académicos.

I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Anatomofisiologia da Deglutição

A deglutição é caracterizada como uma função complexa que se traduz na capacidade de ingerir substâncias através da boca, dirigindo-as à faringe e posteriormente ao esófago. Depende de componentes voluntários e reflexos, envolve vinte e seis pares de músculos e cinco nervos cranianos (Braga, 2017a). Anatomicamente depende da cavidade oral, faringe, laringe e esófago (Glenn-Molali, 2011; Braga, 2017a; Christmas & Rogus-Pulia, 2019). Atendendo à fisiologia da deglutição esta pode ser dividida em quatro fases: fase oral preparatória, fase oral, fase faríngea e fase esofágica (Glenn-Molali, 2011; Baijens et. al, 2016; Braga, 2017a; Christmas & Rogus-Pulia, 2019).

A fase oral preparatória compreende a mastigação dos alimentos e o seu envolvimento em saliva, formando o bolo alimentar que é preparado para ser deglutido. A sua duração depende da consistência dos alimentos (Glenn-Molali, 2011; Braga, 2017a; Christmas & Rogus-Pulia, 2019).

Na fase oral o bolo alimentar é transportado desde a região central da língua para a orofaringe (Glenn-Molali, 2011; Braga, 2017a; Christmas & Rogus-Pulia, 2019).

Tanto a fase oral preparatória, como a fase oral são voluntárias, pelo que estão intimamente dependentes do estado de consciência e nível de alerta da pessoa. Estas duas fases são as únicas cuja avaliação pode ser realizada de forma não invasiva. Pessoas com xerostomia, diminuição da força da língua, portadoras de demência, *delirium* ou sob terapêutica sedativa podem demonstrar alterações na execução destas fases. São fatores a ter atenção longos períodos de mastigação ou presença de resíduos na boca (Christmas & Rogus-Pulia, 2019).

A fase faríngea é a mais complexa, que, apesar de maioritariamente reflexa, depende de início voluntário, combinando uma cadeia de atos complexos, rápidos e coordenados, que duram aproximadamente um segundo. É importante ter em consideração que uma duração superior a um segundo poderá significar um atraso na deglutição. Nesta fase a língua propulsiona o bolo para a faringe, dando-se a progressão do bolo desta estrutura para o esófago, ocorrendo em simultâneo com o isolamento e proteção da via aérea. A respiração é suspensa nesta fase, implicando uma grande coordenação entre as estruturas envolvidas (Glenn-Molali, 2011; Braga, 2017a; Christmas & Rogus-Pulia, 2019).

É comum manifestarem alterações nesta fase pessoas portadoras de tumor ou abscesso faríngeo, trauma das cordas vocais, esclerose lateral amiotrófica, doença de Parkinson ou que tenham sofrido anteriormente um AVC. Ainda nesta fase deve ser dada especial atenção à manifestação de sinais como: a regurgitação nasal dos alimentos, alteração da voz do tipo “molhada” e tentativas de limpeza da garganta, como pigarrear (Christmas & Rogus-Pulia, 2019).

A fase esofágica é uma fase involuntária, que depende dos movimentos peristálticos do esôfago para mover o bolo alimentar até ao estômago (Baijens et. al, 2016), podendo variar entre oito e vinte segundos (Glenn-Molali, 2011; Braga, 2017a; Christmas & Rogus-Pulia, 2019). Nesta fase, deve verificar-se a presença de sinais como sensação de dor ou aperto torácico e regurgitação de alimentos não digeridos (Christmas & Rogus-Pulia, 2019).

Para terminar, importa clarificar que a eficácia da deglutição depende da capacidade da pessoa em ingerir o aporte nutricional necessário e recomendado, já a segurança diz respeito à garantia de que essa ingestão é realizada sem o surgimento de complicações respiratórias (, 2011; ESSD, 2012; Baijens et. al, 2016).

A pessoa com Alteração da Deglutição

Qualquer alteração no harmonioso funcionamento das estruturas anatómicas envolvidas, ou da sua coordenação pode resultar em disfagia. A disfagia é definida como uma alteração da deglutição consequente de alterações neurológicas e/ou estruturais, podendo também estar relacionada com a toma de certos medicamentos (Glenn-Molali, 2011; , 2011; Braga, 2017a; Christmas & Rogus-Pulia, 2019).

A disfagia pode levar a complicações respiratórias (como a pneumonia), nutricionais (desidratação, desnutrição, perda de peso) e psicossociais (maior dependência nas atividades de vida diárias, redução da disponibilidade e interesse em participar em programas de reabilitação e diminuição da qualidade de vida quer da pessoa, quer da família e cuidadores) (Baijens et. al, 2016; Braga, 2017a; Howard, Nissenon, & Meeks, 2018; Tarameshlu, Ghelichi, Azimi, & Ansari, 2019; Christmas & Rogus-Pulia, 2018). Está ainda associada a um aumento dos dias de internamento e das taxas de reinternamento, o que resulta num aumento dos custos em saúde (Baijens et. al, 2016; Braga, 2017a).

Na literatura tem vindo a ser descrito que a disfagia é frequentemente negligenciada na prática clínica e por este motivo subdiagnosticada.

Segundo Guan et. al. (2015) citado por Tarameshlu, Ghelichi, Azimi & Ansari (2018), cerca de um terço das pessoas com esclerose múltipla apresenta disfagia (Guan et. al., 2015).

A Revisão Sistemática da Literatura realizada por Takizawa, Gemmell, Kenworthy & Speyer (2016) surgiu no sentido de sistematizar os dados epidemiológicos existentes relativos à disfagia orofaríngea consequente de lesão neurológica. À exceção deste estudo e até à data de realização deste trabalho não foram encontrados estudos semelhantes que demonstrassem a prevalência e incidência da disfagia.

Em vinte e quatro estudos que cumpriam os critérios de inclusão e que analisavam a prevalência da disfagia orofaríngea na pessoa portadora de AVC, verificaram-se variações na ordem dos 8.1 a 80% (Takizawa, Gemmell, Kenworthy & Speyer, 2016). Em seis estudos realizados a pessoas com Doença de Parkinson, a prevalência estimava-se entre 11 a 81%. Não foram encontrados estudos que cumprissem os critérios de inclusão e cuja população incluísse pessoas portadoras de doença de Alzheimer (Takizawa, Gemmell, Kenworthy & Speyer, 2016). Contudo, Baijens et al. (2016) apontam para uma prevalência estimada na ordem dos 80% (Baijens et. al, 2016, p. 1404).

As estimativas epidemiológicas marcadamente variáveis estão relacionadas com o facto de serem utilizados diferentes instrumentos de avaliação da disfagia. Enquanto que em certos estudos a medida utilizada era o relato pessoal acompanhado de aplicação de escalas, noutros utilizava-se a videofluoroscopia ou avaliação endoscópica da deglutição realizada por profissionais experientes e competentes (Takizawa, Gemmell, Kenworthy & Speyer, 2016). Para além disto, os autores salientam o facto de diferentes estudos avaliarem diferentes graus de severidade para a mesma patologia. Por exemplo, a prevalência de disfagia orofaríngea como sequela de um AVC varia consoante o tempo decorrido desde a lesão, apresentando taxas mais baixas decorridos um a três meses (Takizawa, Gemmell, Kenworthy & Speyer, 2016).

Importa acrescentar que, dos estudos incluídos, em cada dez pessoas idosas (com 65 anos ou mais) com pneumonia adquirida na comunidade, nove apresentavam disfagia orofaríngea (Takizawa, Gemmell, Kenworthy & Speyer, 2016). Para além deste estudo, vários autores apontam a disfagia orofaríngea na pessoa idosa como o principal mecanismo fisiopatológico responsável pelo desenvolvimento de pneumonias adquiridas na comunidade (, 2011; Glenn-Molali, 2011; Baijens et. al,

2016; Takizawa, Gemmell, Kenworthy & Speyer, 2016; Christmas & Rogus-Pulia, 2019). Tendo em conta os dados previamente apresentados, os autores sugerem que a disfagia orofaríngea seja considerada fator de risco para desenvolvimento de pneumonia adquirida na comunidade (Baijens et. al, 2016; Takizawa, Gemmell, Kenworthy & Speyer, 2016). Assim, conclui-se que a avaliação da pessoa com alteração da deglutição e a elaboração de um plano de cuidados adequado e adaptado às suas necessidades irá permitir prevenir consequências como são as pneumonias adquiridas na comunidade, responsáveis major pelo aumento da morbidade e mortalidade nas pessoas idosas.

Tendo em consideração que a deglutição é um processo complexo e dependente da integridade neuromuscular, compreende-se que esta função esteja frequentemente alterada nas pessoas portadoras de doenças neurológicas (Glenn-Molali, 2011). A diminuição da sensibilidade das estruturas envolvidas na deglutição, a fraqueza dos músculos da cabeça e pescoço (Baijens et. al, 2016), uma mastigação deficiente, com diminuído controlo da língua (Glenn-Molali, 2011), o comprometimento da estrutura neuronal e um atraso na condução dos estímulos aferentes ao sistema nervoso central são situações comuns na pessoa com lesão neurológica e que podem estar relacionadas com o aumento do risco de desenvolvimento de disfagia (Baijens et. al, 2016). São exemplo de doenças neurológicas com frequente manifestação de alteração da deglutição a doença de parkinson, miastenia gravis, esclerose lateral amiotrófica, esclerose múltipla, coreia de Huntigton e AVC (Glenn-Molali, 2011). Este último é frequentemente associado à disfagia, e por ser ampla e largamente estudado é também a situação que mais dados permite inferir acerca da prevalência da disfagia na população afetada (Braga, 2017a).

Em suma, tendo em consideração a patofisiologia das diferentes doenças neurológicas, compreende-se facilmente que possa ocorrer alterações em mais do que uma fase da deglutição. Posto isto, importa compreender que as intervenções de ER dirigidas a estas pessoas são complexas e devem incluir várias abordagens (Glenn-Molali, 2011).

Quadro de Referência Teórico

Orem define o conceito de Autocuidado como sendo uma função humana reguladora, complexa e não inata, que diz respeito à prática de atividades realizadas por pessoas maduras, num determinado período e em benefício próprio, com vista à manutenção da vida, da saúde, do desenvolvimento pessoal e bem-estar (Taylor, 2004). Para que a prática do autocuidado possa ser realizada intencionalmente pela pessoa madura, a teórica descreve a necessidade de se verificarem três tipos de requisitos de autocuidado: universais, de desenvolvimento e desvios à saúde (Taylor, 2004).

Os requisitos universais de autocuidado são transversais a todas as pessoas, independentemente do ciclo de vida em que se encontrem e dizem respeito a: (1) manutenção de uma ingestão suficiente de ar, água e comida; (2) cuidados associados ao processo de eliminação e excrementos; (3) manutenção do equilíbrio entre atividade e descanso e (4) entre solidão e interação social; (5) prevenção de riscos para a vida e bem-estar do ser humano e, por último, (6) promoção do desenvolvimento do ser humano dentro de grupos sociais de acordo com o seu potencial e considerando as suas limitações (Taylor, 2004).

A pessoa com disfagia poderá apresentar alteração de qualquer um dos requisitos universais previamente elencados, contudo, importa atentar em primeiro lugar ao requisito universal (1) manutenção de ingestão suficiente de ar, água e comida. Dependendo da importância que a pessoa e família atribuem aos rituais associados à refeição, a pessoa com disfagia poderá ainda isolar-se e, por conseguinte, apresentar alteração do requisito (4) manutenção do equilíbrio entre solidão e interação social. Pode também estar comprometido o requisito (5) prevenção de riscos para a vida e bem-estar do ser humano, sempre que se observem complicações decorrentes da disfagia.

Quando as necessidades de autocuidado são superiores à capacidade da pessoa para as executar, surge o défice de autocuidado, que pode ser colmatado com cuidados de enfermagem. Neste sentido surge a Teoria do Défice de Autocuidado formulada por Orem (Taylor, 2004).

A Teoria dos Sistemas de Enfermagem inclui a Teoria do Défice de Autocuidado e a Teoria do Autocuidado e comporta as ações desenvolvidas deliberadamente pelos enfermeiros com vista a maximizar as capacidades da pessoa.

Desta forma, as intervenções de enfermagem podem ser divididas em três sistemas básicos de enfermagem: totalmente compensatório, parcialmente compensatório, ou de apoio-educativo (Taylor, 2004).

No sistema totalmente compensatório a pessoa é incapaz de realizar o autocuidado, sendo necessário que o enfermeiro a substitua por completo. Quando ela é capaz de realizar parcialmente o autocuidado, o enfermeiro deve assistir e compensar as limitações da pessoa, estando perante um sistema parcialmente compensatório. Por último, se a pessoa é capaz de executar o autocuidado, estamos perante um Sistema de Apoio-Educação (Taylor, 2004).

Partindo do exemplo da pessoa com compromisso da deglutição por lesão neurológica, que se encontra em estado comatoso e que por este motivo não está capaz de se alimentar, o enfermeiro deverá substitui-la pessoa por completo nesse autocuidado, alimentado-a através de sonda nasogástrica ou outro método. Contudo, perante uma pessoa capaz de compreender e exectuar algumas das indicações, o enfermeiro deverá assumir um sistema parcialmente compensatório, compensando as limitações da pessoa, realizando as tarefas que a pessoa não está capaz. Como é o caso da pessoa portadora de AVC com diminuição da força ou coordenação dos membros, em que será necessário ajudar a pessoa a dispor e cortar os alimentos durante o período de refeição, por exemplo. Por último, e exemplificando na prática uma situação de sistema de apoio-educativo pode ter-se em consideração a pessoa com doença de Parkinson capaz de exercer o autocuidado, mas com necessidade de ensino e orientação no que diz respeito às estratégias a desenvolver no decorrer da evolução da sua doença.

Os métodos de ajuda existentes e que devem ser geridos pelo enfermeiro para ultrapassar ou compensar as limitações da pessoa dependente no autocuidado são (1) atuar por ou fazer pelo outro; (2) orientar e dirigir; (3) fornecer apoio físico ou psicológico; (4) proporcionar e manter um ambiente que permita e potencie o desenvolvimento pessoal e (5) ensinar (Taylor, 2004).

Intervenções de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa com Alteração da Deglutição

Avaliação de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa com Alteração da Deglutição

A avaliação completa da pessoa deve incluir toda a sua informação clínica, bem como a avaliação neurológica (estado de consciência, orientação, atenção, memória, comportamento, percepção, capacidade de compreensão e execução de comandos) (Glenn-Molali, 2011; Braga, 2017a). Deve ainda ser realizada a avaliação dos pares cranianos com envolvimento direto na deglutição (Apêndice III) (Glenn-Molali, 2011; Braga, 2017a).

Deve atender à integridade da cavidade oral; presença ou ausência de peças dentárias e respetivo estado; presença de prótese dentária e respetiva fixação e estado nutricional (Glenn-Molali, 2011; Braga, 2017a).

Do mesmo modo é importante saber quais os hábitos e preferências alimentares. De acordo com o contexto onde se realiza a prestação de cuidados, pode ainda ser relevante identificar quem prepara os alimentos (Glenn-Molali, 2011).

Quando a avaliação da deglutição à cabeceira do doente for insuficiente para garantir a segurança da alimentação oral é recomendado a realização de outros métodos de estudo como a videofluroscopia e a videoendoscopia ou estudo endoscópico da deglutição (Glenn-Molali, 2011; Braga, 2017a). Este último é considerado um método fácil e rápido, tendo a vantagem de não necessitar de expor a pessoa a radiações durante o seu procedimento (Souza, Silva, Cola & Onofri, 2019). Para além destas vantagens, os autores apontam a videoendoscopia como sendo o método com maior sensibilidade na identificação e avaliação da quantidade de resíduos faríngeos após a deglutição (Souza, Silva, Cola & Onofri, 2019).

Existem vários instrumentos disponíveis para a avaliação da deglutição, contudo e até ao momento de realização deste projeto, nenhum deles se encontra validado para a população portuguesa. Apesar do aumento de estudos e pesquisas na área da deglutição, ainda se desconhece qual o melhor instrumento para a sua avaliação (Braga, 2017a).

São exemplo de escalas utilizadas a *Gugging Swallowing screen (GUSS)*, desenhada originalmente para avaliar a deglutição de pessoas com AVC e dividida

em duas fases (avaliação indireta da deglutição e avaliação direta) (Trapl et al., 2007; OE, 2016). Fornece ainda orientações sobre a dieta recomendada, de acordo com o score obtido (Trapl et al., 2007; OE, 2016).

Intervenções de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa com Alteração da Deglutição

A abordagem à pessoa com compromisso da deglutição deve visar, em primeiro lugar, e sempre que possível, capacitar a pessoa para que seja capaz de ingerir, de forma segura e eficaz uma dieta normal e sem restrições (Tarameshlu, Ghelichi, Azimi & Ansari, 2018).

A reeducação da deglutição visa melhorar a fisiologia da deglutição, sendo obtida através do aumento da amplitude das estruturas orais e faríngeas, da melhoria do *input* sensitivo e da coordenação dos movimentos orofaríngeos durante a deglutição (Rofes et al, 2011; Braga, 2017b; Tarameshlu, Ghelichi, Azimi & Ansari, 2018).

Na elaboração de um plano de cuidados à pessoa com disfagia, e tendo em consideração a avaliação inicial, podem ser delineadas várias abordagens como sejam: as técnicas posturais (tabela 1), a estimulação sensitiva (tabela 2), mudanças voluntárias na deglutição (tabela 2), exercícios de amplitude de movimentos e fortalecimento muscular, alterações na dieta e cinesiterapia respiratória (Braga, 2017b).

As técnicas compensatórias visam minimizar ou eliminar os sintomas ou consequências da disfagia, não apresentando qualquer resultado ao nível da fisiologia da deglutição; são fáceis de aplicar e não causam fadiga na sua realização. São exemplos destas técnicas a higiene oral, as técnicas posturais que otimizam a progressão do bolo alimentar, manobras acessórias da deglutição, estratégias associadas à alimentação e modificações da própria dieta (, 2011; Baijens et. al, 2016; Braga, 2017b; Christmas & Rogus-Pulia, 2019).

Tabela 1. Intervenções de ER à Pessoa com Alteração da Deglutição – Técnicas Posturais

Intervenções de ER à Pessoa com alteração da Deglutição		
Técnicas Posturais		
Flexão cervical	A flexão anterior da cervical permite esconder a valécula e, desta forma, proteger melhor as vias aéreas, diminuindo o risco de aspiração. Deve ser dada especial atenção nas pessoas que acumulam o bolo alimentar nos seios piriformes, pelo aumento do risco de aspiração nestas situações	Útil em pessoas com: ▪ atraso no reflexo da deglutição; ▪ diminuição na elevação da laringe; ▪ redução da retração da língua; ▪ redução do encerramento laríngeo.
Extensão Cervical	A extensão da cervical, ou inclinação posterior da cabeça permite que os alimentos se desloquem mais rapidamente para a faringe graças à ação da gravidade. Não deve ser realizada por pessoas com défice na compreensão, no planeamento motor ou que realizam os movimentos de forma impulsiva.	Útil em pessoas com: ▪ problemas na língua ▪ parte da língua removida.
Rotação cervical para o lado afetado	A rotação cervical para o lado afetado permite potenciar a adução das pregas vocais do lado afetado (para onde se realiza a rotação)	Útil em pessoas com: ▪ parésia unilateral da faringe ou da laringe ▪ lesão unilateral das cordas vocais
Flexão lateral para o lado funcional (ou são)	Na rotação cervical para o lado funcional o bolo alimentar é conduzido para o lado são da faringe, reduzindo o risco de aspiração	Útil em pessoas com: ▪ alterações na fase oral e faríngea homolateral - lesão unilateral da língua e faringe
Decúbito (dorsal ou lateral)	Na realização do decúbito dorsal ou lateral, existe uma redução do peristaltismo e da elevação faríngea, pela diminuição do efeito da gravidade. Desta forma é possível influenciar o trajeto realizado pelo bolo alimentar, melhor conduzindo-o ao esófago.	Útil em pessoas com: ▪ lesão faríngea bilateral ▪ redução da elevação laringea

Adaptado de Glenn-Molali (2011); (2011); Baijens et. al (2016); Braga (2017b)

Tabela 2. Intervenções de ER à Pessoa com Alteração da Deglutição – Estimulação sensitiva e Mudanças Voluntárias da Deglutição

Estimulação Sensitiva	
Mudança no Sabor	O sabor amargo potencia o estímulo oral através da estimulação do V par craniano, podendo reduzir o tempo decorrido na fase oral e faríngea. O ácido cítrico potencia os reflexos envolvidos na deglutição e estimula a secreção de saliva.
Mudança no Volume	O aumento do volume aumenta a estimulação sensitiva, desencadeando mais rapidamente a deglutição. Contudo, maiores volumes podem aumentar o risco de aspiração.
Temperatura	Segundo Pauloski (2008) citado por Braga (2017b, pp. 265) a “estimulação térmica aumenta o estímulo sensitivo na área onde a partir da qual o reflexo de deglutição é desencadeado”. Pode ser utilizada caso a pessoa apresente atraso no reflexo de deglutição.
Bebidas Gaseificadas	Permitem uma mais rápida ativação do reflexo de deglutição através da estimulação dos recetores da boca pelas moléculas de ácido carbónico. Além disto, as bebidas gaseificadas apresentam sabor e aroma intensificado.
Mudanças Voluntárias da Deglutição	
Respiração Supraglótica	A técnica consiste em sustentar a respiração durante todo o processo de deglutição, garantindo o encerramento das cordas vocais durante estes momentos. A pessoa é instruída a inspirar, realizar apneia, deglutir e expirar ou tossir. Esta manobra é eficaz em pessoas que apresentam penetração ou aspiração de conteúdo alimentar durante a fase faríngea.
Deglutição Forçada (<i>Hard Swallow</i>)	Consiste em solicitar à pessoa para deglutir vigorosamente, contraindo os músculos durante a deglutição, a fim de aumentar as pressões geradas durante a deglutição. “Permite aumentar a retração da língua e a pressão faríngea durante a deglutição, diminuindo os resíduos na valécula e na faringe após a deglutição.” (Braga, 2017b, pp.265-266).
Manobra de Mendelson	Consiste em instruir a pessoa a colocar a mão na laringe, para que sintam e acompanhem o movimento desta durante a deglutição. Quando a laringe atinge a posição mais elevada, a pessoa deve manter-se nessa posição durante três segundos., deixando-a regressar à posição neutra de seguida. Permite aumentar o movimento realizado pela laringe e osso hióide e prolonga a abertura do esfíncter esofágico superior.
-Manobra de Masako	Consiste em instruir a pessoa a trazer a língua para fora da cavidade oral, prendendo-a com dentes. De seguida é-lhe solicitado que degluta a saliva. Deve ser realizada com saliva (terapia indireta) por aumentar consideravelmente o risco de aspiração.

Adaptado de Glenn-Molali (2011); (2011); Baijens et. al (2016) Braga (2017b)

Os exercícios de fortalecimento muscular têm como objetivo melhorar a força e coordenação dos músculos utilizados na deglutição, podendo ser mobilizados os lábios, língua, mandíbula, laringe e bochechas (tabela 3). Contudo, pode ser necessário várias semanas até que se evidenciem resultados (que devem ser colhidos preferencialmente através de realização de videofluoroscopia). Braga, (2017b) refere cerca de uma a seis semanas, enquanto Park, Oh, Yoon & Park (2019) aponta para seis a oito semanas. Apesar de não existirem dados suficientes para definir a frequência mais adequada, o recomendado é a realização de cerca de cinco a dez repetições, até 5 minutos para controlo da fadiga, repetindo este processo cerca de dez vezes por dia (Logeman, 2008; Braga, 2017b).

A língua desempenha um papel fundamental na deglutição, sendo considerada por alguns autores o órgão mais importante na ingestão dos alimentos, é responsável pela manipulação destes na cavidade oral e a sua propulsão depende da força da língua, que será tanto menor ou maior de acordo com a consistência dos alimentos (Glenn-Molali, 2011; Braga, 2017a; McKenna, Zhang, Haines & Kelchner, 2017; Gharib, Berretin-Felix, Rossoni & Yamada, 2019; Park, Oh, Yoon & Park, 2019). Em suma, a força que a região anterior da língua necessita de realizar para propulsionar alimentos de baixa consistência/viscosidade, como são os líquidos finos, parece ser maior do que em comparação com alimentos mais consistentes. Nesse caso, a propulsão está mais dependente da força e pressão exercida no terço posterior da língua (McKenna, Zhang, Haines & Kelchner, 2017; Gharib, Berretin-Felix, Rossoni & Yamada, 2019).

Numa Revisão Sistemática da Literatura conduzida por McKenna, Zhang, Haines & Kelchner (2017), com o objetivo de determinar os benefícios de programas de treino para fortalecimento muscular isométrico da língua em adultos conclui-se a necessidade de mais estudos e com melhor qualidade de investigação, para que se possa descrever com segurança os benefícios terapêuticos (McKenna, Zhang, Haines & Kelchner, 2017). Acrescenta-se ainda a necessidade de clarificar se existem benefícios terapêuticos do treino da força lingual em associação com a força faríngea (McKenna, Zhang, Haines & Kelchner, 2017). Não obstante, importa realçar que vários autores defendem que no contexto de prática clínica os exercícios de amplitude e fortalecimento muscular da língua demonstram ser benéficos em pessoas com disfagia orofaríngea no que diz respeito a uma melhoria do aumento da pressão

exercida pela língua (McKenna, Zhang, Haines & Kelchner, 2017; Park, Oh, Yoon & Park, 2019).

No que diz respeito à eficácia de programas tradicionais de reeducação da deglutição Tarameshlu, Ghelichi, Azimi & Ansari (2018) realizaram um estudo do tipo *double-blinded randomized controlled trial* cuja população estudada foram pessoas com esclerose múltipla. O programa decorreu ao longo de dezoito sessões, na frequência de três vezes por semana durante seis semanas. O grupo experimental esteve sujeito a um programa tradicional de reeducação da deglutição, que incluía técnicas posturais, estimulação sensitiva, mudanças voluntárias na deglutição e exercícios de amplitude de movimentos e fortalecimento muscular. O grupo de controlo esteve apenas sujeito a modificações do regime dietético e alterações posturais, a fim de garantir a segurança da alimentação (Tarameshlu, Ghelichi, Azimi & Ansari, 2018).

No final do estudo ambos os grupos apresentaram melhoria dos scores obtidos nas escalas MASA (*Mann Assessment of Swallowing Ability*), PRRS (*Pharyngeal Residue Rating Scale*) e PAS (*Penetration-Aspiration Scale*), contudo o grupo experimental apresentou resultados marcada e progressivamente melhores em comparação com o grupo de controlo. No final do estudo apenas um dos doentes do grupo experimental apresentava disfagia suave e nenhum apresentou sinais e sintomas de aspiração. Por outro lado, no grupo de controlo nove dos doentes apresentavam disfagia e seis tinham apresentado quadros de aspiração depois do programa (Tarameshlu, Ghelichi, Azimi & Ansari, 2018).

Os autores concluíram que, apesar de ambos os grupos apresentarem uma alimentação oral segura no final do tratamento, o programa tradicional de reeducação funcional da deglutição mostrou-se mais eficaz na diminuição da aspiração, em comparação com o grupo de controlo (Tarameshlu, Ghelichi, Azimi & Ansari, 2018).

Na literatura disponível até ao momento é consensual que são precisos mais estudos e com melhor qualidade de investigação para demonstrar os benefícios a curto e médio prazo dos programas de reeducação da deglutição.

Tabela 3. Intervenções de ER à Pessoa com Alteração da Deglutição – Exercícios de Amplitude de Movimentos e Fortalecimento Muscular

Exercícios de Amplitude de Movimentos e Fortalecimento Muscular	
Lábios	Os exercícios consistem em protraír, retrair e lateralizar, emitir o som de estalar, beijinhos, assobiar ou realizar sucção. Segurar uma espátula ou outro objeto adequado entre os lábios (quer em repouso, quer em protração).
Língua	<u>Exercícios de amplitude dos movimentos:</u> ▪ Solicitar à pessoa que exteriorize o máximo possível a língua durante dois segundos; ▪ Solicitar à pessoa que mova a língua para o canto/bochecha direita, seguindo para a bochecha esquerda, terminando na face interna dos dentes; ▪ Solicitar que contorne o palato antero-posteriormente ▪ Solicitar que produza o som K” ou “G” (permite treinar a porção posterior da língua). (cada exercício deve ser realizado durante dois segundos, seguido de período de relaxamento)
	<u>Exercícios de fortalecimento ou resistência da língua:</u> ▪ Solicitar que retraia a língua e se for capaz gargareje e boceje, mantendo a língua retraída; ▪ Exercícios resistidos da língua com espátula, ou contra as bochechas, realizando pressão externa com os dedos. (cada exercício deve ser realizado durante dois segundos, seguido de período de relaxamento)
	<u>Exercícios de manipulação do bolo alimentar:</u> ▪ Língua em concha (pode ser realizado sob terapia indireta (compressa molhada) ou terapia direta (alimentos) e consiste em manter a compressa contra o palato duro durante cinco segundos, ficando com a extremidade anterior da língua junto aos molares. ▪ Movimentos laterais da língua: manobrar a compressa contornando a cavidade oral, repetindo cada círculo cinco a dez vezes; ▪ Movimentos posteriores da língua: Com metade da compressa fora da cavidade oral e segura por uma mão, deve tentar mover a compressa para cima e para trás como se a fosse engolir; ▪ Exercícios da base da língua: pode ser realizado através do gargarejo e bocejo.
Mandíbula	▪ Solicitar que abra a boca o máximo possível, e que mova a mandíbula: para a direita, esquerda e realize movimentos circulares.
Laringe	▪ Solicitar que realize Voz de Falsete ▪ Exercício de Shaker: em decúbito dorsal, é solicitado que a pessoa levante a cabeça do plano, mantendo a boca fechada, sem elevar os ombros e até conseguir ver os dedos dos pés. Deve realizar este exercício três vezes, em séries de um minuto, com o mesmo tempo de intervalo/relaxamento. De seguida repete 30 vezes o mesmo exercício seguido (sem suster).
Bochechas	▪ Insuflar as bochechas uni ou bilateral, podendo acrescentar-se ou não resistência a este exercício. Deve assegurar-se que os lábios se mantêm fechados. ▪ Treinar movimentos de sucção.

Adaptado de , 2011; Braga (2017b)

Conforme referido anteriormente, as várias abordagens à pessoa com disfagia incluem técnicas complexas e exigentes, implicando que a pessoa com alteração da deglutição seja capaz de compreender as indicações e reproduzi-las de forma coordenada (Braga, 2017b; Kawano et. al., 2018).

Esta é uma das dificuldades demonstradas pelas pessoas com declínio cognitivo. No caso da pessoa com demência ela tende ainda a demonstrar preferência por determinados alimentos, o que pode ter como consequência uma perda funcional da deglutição ou desequilíbrio nutricional (Kawano, et al., 2018). Se, por um lado a desnutrição e perda de peso podem ser consequências da perda de apetite que estas pessoas podem apresentar, eles estão também associados a um declínio da função cognitiva (Kawano et. al., 2018), o que significa o agravamento da situação geral da pessoa com demência.

Neste sentido, e com o objetivo de desenvolver um programa de treino de deglutição nesta população, Kawano et. al. (2018) desenvolveram um estudo durante seis meses onde utilizaram o treino associado à sucção de chupas (Kawano et. al., 2018). Esta metodologia justifica-se, segundo os autores, como técnica de reeducação da deglutição por potenciar os movimentos da língua, bochechas, lábios, movimentos de abrir e fechar a boca, elevação da faringe, entre outros (Kawano et. al., 2018). No término do estudo, não foram observadas diferenças no que diz respeito aos scores obtidos quer nos exames *Mini Mental State Examination*, quer no *Índice de Barthel*. Contudo, observou-se uma melhoria da fase oral no grupo experimental, o que resultou num aumento de peso. Posto isto, os autores consideraram ser uma técnica segura para idosos com demência (Kawano et. al., 2018).

Noutra linha de pensamento, importa compreender que a recorrente prática de adição de espessante nas dietas é considerada controversa na literatura, uma vez que esta alteração da consistência nem sempre responde adequadamente à alteração que a pessoa apresenta, podendo acarretar consequências na sua condição geral sem que daí advenham benefícios (Glenn-Molali, 2011; Howard, Nissenson, & Meeks, 2018). Ou seja, as modificações realizadas na dieta devem ser próprias para a alteração da fisiologia que a pessoa apresenta.

Para além do supracitado, a adição de espessante aos líquidos finos acarreta consequências não apenas na textura, mas também no sabor dos alimentos espessados, estando frequentemente associado a desidratação (por redução da ingesta total de líquidos diária) e desnutrição (Howard, Nissenson, & Meeks, 2018).

Descrição dos Contextos de Ensino Clínico

Uma vez que os cuidados de ER são prestados à pessoa com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida, no contexto onde esta está inserida, o programa de ensino clínico procurou dar resposta a esta realidade, assegurando um local de ensino clínico em contexto hospitalar e outro em contexto de comunidade.

O presente projeto será aplicado no terceiro semestre do presente Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em ER. Para dar resposta ao desenvolvimento das competências comuns e específicas do EEER, organizou-se o semestre em dois contextos de ensino clínico. O primeiro em contexto de cuidados de saúde primários (que decorrerá entre 23/11/2020 a 05/02/2021); e o segundo em contexto hospitalar (entre 08/02/2021 a 16/04/2021).

II. DESCRIÇÃO DOS OBJETIVOS A ATINGIR

Os objetivos estabelecidos no presente projeto foram elaborados tendo por base o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento nº140/2019), o Regulamento das competências específicas do EEER (Regulamento nº392/2019) e redigidos de acordo com os descritores de Dublin.

Desta forma, foram delineados três objetivos gerais:

- (1) Desenvolver competências especializadas na área da ER à pessoa com compromisso da deglutição por lesão neurológica;
- (2) Desenvolver competências especializadas na área de ER à pessoa com alteração sensoriomotora, cardiorrespiratória, cognitiva, da eliminação e da sexualidade;
- (3) Desenvolver competências comuns do Enfermeiro Especialista nos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal; da melhoria contínua da qualidade; da gestão dos cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

E de seguida foram delineados como objetivos específicos:

- 1.1) Desenvolver competências de ER para a prestação de cuidados a pessoas com alterações da deglutição, baseado na evidência científica mais recente, em contexto hospitalar e comunitário;
- 2.1) Desenvolver programas de ER para a prestação de cuidados à pessoa, ao longo do ciclo de vida e em todos os contextos de cuidados, garantindo um ambiente de prática clínica terapêutico, seguro, centrado na pessoa e família;
- 3.1) Desenvolver uma prática profissional, ética e legal na área da Reabilitação, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional;
- 3.2) Analisar as dinâmicas organizacionais e as práticas de qualidade implementadas nos locais de ensino clínico, colaborando em programas de melhoria contínua com especial enfoque na área da reabilitação;
- 3.3) Desenvolver competências de gestão dos cuidados de enfermagem, que otimizem a resposta da equipa de saúde;
- 3.4) Analisar regular e frequentemente o processo de aprendizagem, com vista ao desenvolvimento das aprendizagens profissionais, com enfoque na área da Reabilitação, tendo por base a mais recente evidência científica.

Para a operacionalização dos objetivos específicos, foram construídas tabelas que descrevem o planeamento das atividades a desenvolver (Apêndice I).

CONCLUSÃO

A alimentação é um ritual que não se esgota apenas na ingestão de líquidos e alimentos. Os rituais associados à preparação, confecção e partilha de refeições dependem da cultura da pessoa e espelham as tradições familiares e o estilo de vida, estando ainda associados a momentos de partilha e prazer. Posto isto, importa compreender que uma alteração na capacidade de alimentação poderá afetar não só a pessoa, mas também a família em que ela está inserida.

As pessoas com disfagia apresentam frequentemente complicações respiratórias, nutricionais e psicossociais, sendo de destacar os elevados custos em saúde relacionados com o aumento dos dias de internamento e as taxas de reinternamento (Baijens et. al, 2016; Braga, 2017a), frequentemente justificadas por pneumonias adquiridas na comunidade. Estas complicações estão associadas a um aumento da fragilidade e morbilidade (Baijens et. al, 2016), com impacto na funcionalidade da pessoa.

O EEER enquanto profissional detentor de um vasto conhecimento e experiência acrescida e capaz de prestar cuidados holísticos à pessoa e família, assume um papel fundamental no diagnóstico precoce, na avaliação detalhada da pessoa com disfagia e na implementação de um programa de reeducação da deglutição, cujo objetivo passa por prevenir complicações, maximizar a funcionalidade, a satisfação e a qualidade de vida da pessoa e família. Embora exista atualmente pouca evidência científica que comprove os benefícios de um programa de reeducação da deglutição na pessoa com disfagia, é consensual entre os vários autores que os programas de reabilitação, devidamente estruturados e conduzidos por profissionais competentes resultam em benefícios para essas pessoas. Esses benefícios traduzem-se numa alimentação segura e eficaz, na diminuição da ocorrência de quadros de infeção respiratória e por conseguinte na redução dos custos em saúde (relacionados com a diminuição dos reinternamentos hospitalares).

Tendo em consideração que a disfagia é frequentemente negligenciada e subdiagnosticada nos contextos de prática clínica, cabe ao EEER identificar as lacunas de conhecimento presentes no seu contexto de prática clínica e intervir como facilitador do processo de aprendizagem, com especial enfoque na área do compromisso da deglutição. Concluindo, a presente revisão narrativa da literatura

permitiu sistematizar a intervenção do EEER à pessoa com compromisso da deglutição por lesão neurológica.

Com o presente projeto pretendeu-se delinear o percurso para o terceiro semestre do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em ER, que irá decorrer entre 24 de novembro de 2020 e 16 de abril de 2021. Importa referir que embora este projeto de estágio se encontre orientado para a intervenção do EEER à pessoa com compromisso da deglutição por lesão neurológica, o planeamento das atividades a desenvolver com vista à operacionalização dos objetivos gerais e específicos procurou dar resposta a todas as competências espelhadas no regulamento de competências comuns e específicas do EEER.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Baijens, L. W.; Clavé, P.; Cras, P.; Ekberg, O.; Forster, A.; Kolb, G. F.; Leners, J.-C.; Masiero, S.; Mateos-Nozal, J.; Ortega, O.; Smithard, D. G.; Speyer, R. & Walshe, W.. (2016). European Society for Swallowing Disorders – European Union Geriatric Medicine Society white paper: oropharyngeal dysphagia as a geriatric syndrome. *Clinical Interventions in Aging*. 11. pp. 1403-1428. <http://dx.doi.org/10.2147/CIA.S107750>
- Braga, R. (2017a). Avaliação da Função Deglutição. In C. Masques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 181-188). Loures: Lusodidacta.
- Braga, R. (2017b). Reeducação da Deglutição. In C. Masques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 263-270). Loures: Lusodidacta.
- Christmas, C., & Rogus-Pulia, N. (2019). Swallowing Disorders in the Older Population. *The American Geriatrics Society*, pp. 1-7. doi:10.1111/jgs.16137
- Direção-Geral da Saúde. Ministério da Saúde. (2015). Plano Nacional de Saúde – Revisão e Extensão a 2020. Disponível em <http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>, acedido a 13-08-2020
- ESSD. (2012). European Society for Swallowing Disorders: Oropharyngeal Dysphagia in Adult Patients. *2nd ESSD Congress*. Obtido em 10 de julho de 2020, de http://www.myessd.org/docs/position_statements/ESSD_Position_Statements_on_OD_in_adult_patients_for_web.pdf
- Glenn-Molali, N. H (2011). Alimentação e Deglutição. In S. P. Hoeman. *Enfermagem de Reabilitação: Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados* (4a ed.) (C. Saraiva, J. M. Sousa, B. Mertens, L. Abecassis, M. Abecassis, M. O. Sousa ... R. Azevedo. Trad.) (pp. 295-317). Loures: Lusodidacta. (tradução do original *Rehabilitation Nursing: Prevention, Intervention & Outcomes*, 4th ed., 2011).
- Gharib, A. Z., Berretin-Felix, G., Rossoni, D. F., & Yamada, S. S. (4 de agosto de 2019). Effectiveness of Therapy on Post-Extubation Dysphagia: Clinical and

- Electromyographic Findings. (SAGE, Ed.) 12, pp. 1-6. doi:10.1177/1179550619873364
- Howard, M. M., Nissenon, P. M., & Meeks, L. &. (maio de 2018). Use of Textured Thin Liquids in Patients With Dysphagia. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 27, pp. 827-835. doi:https://doi.org/10.1044/2018_AJSLP-16-0140
- Kawano, H., Mori, T., Kuroki, A., Nagasaki, T., Maruyama, M., Yoshikawa, M., & Yoshida, M. &. (4 de janeiro de 2018). Candy eating behaviour to improve swallowing function in dementia subjects. *Archives of Gerontology and Geriatrics*(75), pp. 181-184. doi:https://doi.org/10.1016/j.archger.2017.12.014
- McKenna, V., Zhang, B., Haines, M., & Kelchner, L. (maio de 2017). A Systematic Review of Isometric Lingual Strength-Training Programs in Adults With and Without Dysphagia. (A. S.-L.-H. Association, Ed.) *American Journal of Speech-Language Pathology*, 26, pp. 524-539. doi:10.1044/2016_AJSLP-15-0051
- Ministério da Saúde (2018), Retrato da Saúde, Portugal
- Ordem dos Enfermeiros. (24 de janeiro de 2015). *Áreas Investigação Prioritárias para a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. Ordem dos Enfermeiros, Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, Porto.
- Ordem dos Enfermeiros. (2016). Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros.
- Park, H.; Oh, D.; Yoon, T. & Park, J.. (May/june 2019). Effect of effortful swallowing training on tongue strength and oropharyngeal swallowing function in stroke patients with dysphagia: a double-blind, randomized controlled trial. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 54 (3), pp. 479-484. doi: 10.1111/1460-6984.12453
- Regulamento nº140/2019 (2019). *Regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Diário da República, 2ª série (n.º 26 de 06-02-2019), 4744-4750. ELI: <https://dre.pt/application/conteudo/119236195>.

- Regulamento nº392/2019 (2019). *Regulamento das competências específicas do Enfermeiro especialista*. Diário da República, 2ª série (nº 85 de 03-05-2019), 13565-13568. ELI: <https://dre.pt/application/conteudo/122216893>.
- Souza, G. A. D.; Silva, R. G.; Cola, P. C. & Onofri, S. M. M.. (2019). Resíduos faríngeos nas disfagias orofaríngeas neurogênicas. *CoDAS*, 31 (6). DOI: 10.1590/2317-1782/20192018160
- Rofes, L., Arreola, V., Almirall, J., Cabré, M., Campins, L., García-Peris, P.... Clavé, P. (2011). Diagnosis and Management of Oropharyngeal Dysphagia and Its Nutritional and Respiratory Complications in the Elderly. (H. P. Corporation, Ed.) *Gastroenterology Research and Practice*, pp. 1-13. doi:10.1155/2011/818979
- Seeley, R. R.; Stephens, T. D. & Tate, P. (2011) *Anatomia & Fisiologia* (M.T. Leal, M. C. Durão, L. Abecassis) (8ªed.). Loures: Lusociência. (Tradução do original do inglês *Anatomy & Physiology*, 2008).
- Takizawa, C., Gemmell, E., Kenworthy, J., & Speyer, R. (12 de Março de 2016). A Systematic Review of the Prevalence of Oropharyngeal Dysphagia in Stroke, Parkinson's Disease, Alzheimer's Disease, Head Injury, and Pneumonia. *CrossMark*. doi:10.1007/s00455-016-9695-9
- Taylor, S. G. (2004). Teoria do Défice de Auto-Cuidado de Enfermagem. In Tomey, A. M. & Alligood, M. R. (5ªed.), *Teóricas de Enfermagem e a sua obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)* (pp 211-235). Loures: Lusociência.
- Tarameshlu, M., Ghelichi, L., Azimi, A. R., & Ansari, N. N. (2018). The effect of traditional dysphagia therapy on the swallowing function in patients with Multiple Sclerosis: A pilot double-blinded randomized controlled trial. *Journal of Bodywork & Movement Therapies*, 23, pp. 171-176. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jbmt.2018.01.016>
- Trapl, M. E. (2007). Dysphagia bedside screening for acute-stroke patients: the Gugging Swallowing Screen. *STROKE*, 38, pp. 2948-2952. doi:<https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.107.483933>

APÊNDICES

APÊNDICE I – PLANEAMENTO DE ATIVIDADES

Objetivo Específico: 1.1) Desenvolver competências especializadas de ER para prestação de cuidados a pessoas com alterações da deglutição, baseado na evidência científica mais recente, em contexto hospitalar e comunitário.

Unidades de Competência	Atividades	Recursos
J1 – Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados. J2 – Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania. A - Domínio da Responsabilidade Profissional, ética e legal A1 – Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as	▪ Realizar colheitas de dados, com especial enfoque na realização do exame neurológico; ▪ Prestar cuidados de ER a pessoas com alterações da deglutição, baseado na evidência científica mais recente, em contexto hospitalar e comunitário; ▪ Realizar a avaliação à pessoa com alteração da deglutição: - Recolher os dados presentes na história clínica; - Avaliar a integridade da cavidade oral, presença ou ausência de peças dentárias e respetiva condição; - Avaliar o estado nutricional da pessoa e recolher dados relativos às preferências alimentares, sempre que possível; - Avaliar os pares cranianos com envolvimento direto na deglutição; - Avaliar a deglutição através da <i>Gugging Swallowing screen</i> ou outro instrumento de avaliação adotado pelo contexto de ensino clínico; - Avaliar o risco de aspiração de conteúdo alimentar para a via aérea, vigiando sinais e sintomas de aspiração (como a tosse, regurgitação nasal dos alimentos, alteração da voz ou tentativas de limpeza da garganta, entre outros); - Validar o conhecimento da pessoa e família sobre a disfagia, causas, manifestações, consequências e intervenções a implementar; - Realizar registos de ER que descrevam a avaliação realizada;	<u>Humanos:</u> Docente orientador, Enfermeiro/a orientador, equipa de enfermagem e restante equipa multidisciplinar, cliente e família/cuidador; ▪ <u>Físicos:</u> Locais de ensino clínico e biblioteca ESEL. ▪ <u>Materiais:</u> Protocolos e normas institucionais, bases de dados para consulta de evidência científica, manuais de referência, Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e Regulamento de Competências Específicas do EEER e Trabalho de Projeto realizado.

normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional. B - Domínio da melhoria contínua da qualidade B3 – Garante um ambiente terapêutico e seguro. D – Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.	▪ Implementar programas de Reeducação da Deglutição à pessoa com compromisso da deglutição, envolvendo a pessoa e família/cuidador, adequando as técnicas à sua situação: - Implementar técnicas posturais; - Implementar técnicas de estimulação sensitiva; - Implementar técnicas de mudanças voluntárias na deglutição; - Implementar exercícios de amplitude de movimentos e fortalecimento muscular; - Realizar sugestões para alterações da dieta, quando se justifique; - Implementar programas de reeducação funcional respiratória; - Realizar registos de ER que permitam monitorizar os resultados obtidos no decorrer do programa. ▪ Envolver a pessoa e família no levantamento das necessidades associadas ao regresso a casa, planeando precocemente o processo de alta; ▪ Aconselhar, instruir, treinar e supervisionar a pessoa e familiar/cuidador a escolher e utilizar produtos de apoio adequados (ajudas técnicas e dispositivos de compensação para a alimentação); ▪ Realizar pesquisa sobre a evidência científica mais recente na área da ER que dê resposta às lacunas de conhecimento identificadas. ▪ Realizar pelo menos um exame neurológico, em cada contexto de ensino clínico; ▪ Realizar pelo menos um estudo de caso em cada contexto de ensino clínico. ▪ Avaliar regular e frequentemente a prestação de cuidados de ER com o enfermeiro orientador e com o professor orientador, refletindo sobre as situações vivenciadas e respetivas tomadas de decisão.	
--	---	--

Objetivo Específico: 2.1) Desenvolver programas de ER para a prestação de cuidados à pessoa, ao longo do ciclo de vida e em todos os contextos de cuidados, garantindo um ambiente de prática clínica terapêutico, seguro, centrado na pessoa e família;

Unidades de Competência	Atividades	Recursos
J1 – Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados. J2 – Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania. J3 – Maximiza a funcionalidade, desenvolvendo as capacidades da pessoa. A - Domínio da Responsabilidade Profissional, ética e legal A1 – Desenvolve uma prática profissional ética e	▪ Avaliar o risco de alteração da funcionalidade a nível sensoriomotor, cognitivo, cardiorrespiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade, através de uma adequada recolha da informação disponível e pertinente (como a consulta da história clínica e a colheita de dados), utilizando instrumentos de medida e escalas (como o <i>Índice de Barthel</i>, a <i>Medida de Independência Funcional</i>, <i>Índice de Katz</i>, <i>Escala de Lawton & Brody</i>, entre outros); ▪ Identificar os fatores facilitadores e inibidores com impacte na realização de AVD de forma independente no contexto onde a pessoa está inserida, através de colheita de dados (são exemplo as barreiras arquitetónicas, a inexistência de uma rede de suporte capaz de dar resposta às necessidades de saúde atuais, falta de recursos económicos para aquisição de dispositivos de apoio, entre outros); ▪ Promover ambientes seguros, negociando com a família e cuidador a eliminação ou redução dos fatores de risco ambientais identificados (como tapetes soltos, corredores pouco iluminados,...); ▪ Conceber, implementar e monitorizar programas de ER com a pessoa e família, com o propósito de promover capacidades adaptativas nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade, com vista à otimização da funcionalidade, maximização da sua autonomia e qualidade de vida;	<u>Humanos</u>: Docente orientador, Enfermeiro/a orientador, equipa de enfermagem e restante equipa multidisciplinar, cliente e família/cuidador; ▪ <u>Físicos</u>: Locais de ensino clínico e biblioteca ESEL. ▪ <u>Materiais</u>: Protocolos e normas institucionais, bases de dados para consulta de evidência científica, manuais de referência, Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e Regulamento de Competências Específicas do EEER.

legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional. B – Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade B3 – Garante um ambiente terapêutico e seguro.	▪ Conceber, implementar e monitorizar programas de treino específicos de AVD, com vista à adaptação das limitações da mobilidade, à maximização da autonomia e da qualidade de vida; ▪ Conceber, implementar e monitorizar programas de treino motor e cardiorrespiratório, com vista à maximização da funcionalidade da pessoa, promovendo a saúde e prevenindo lesões, potenciando o desenvolvimento e rendimento pessoal; ▪ Aconselhar, instruir, treinar e supervisionar a pessoa e familiar/cuidador a escolher e utilizar produtos de apoio adequados (ajudas técnicas e dispositivos de compensação para a alimentação); ▪ Monitorizar regular e frequentemente a implementação e os resultados obtidos dos programas implementados, através da consulta dos registos prévios; ▪ Identificar os recursos disponíveis na comunidade, como associações e estruturas sociais que dão apoio às pessoas dessa comunidade, compreendendo os protocolos entre as diferentes instituições, através de entrevistas informais aos elementos das equipas multidisciplinares dos contextos de ensino clínico; ▪ Envolver a pessoa e família no levantamento das necessidades associadas ao regresso a casa, planeando precocemente o processo de alta; ▪ Avaliar regular e frequentemente a prestação de cuidados de ER com o enfermeiro orientador e com o professor orientador, refletindo sob as situações vivenciadas e respetivas tomadas de decisão.	
--	---	--

Objetivo Específico: 3.1) Desenvolver uma prática profissional, ética e legal na área da Reabilitação, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional.

Domínios e Competências	Atividades	Recursos
A - Domínio da Responsabilidade Profissional, ética e legal A1 – Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional. A2 – Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.	▪ Observar e integrar a dinâmica da equipa multidisciplinar nos diferentes contextos de ensino clínico; ▪ Identificar e analisar a intervenção do EEER na equipa inter e multidisciplinar nos contextos de ensino clínico; ▪ Identificar os recursos humanos, físicos e materiais existentes nos contextos de ensino clínico e que poderão ser importantes mobilizar para a prestação de cuidados de ER, através de entrevistas de colheitas de dados; ▪ Conceber, implementar e monitorizar planos de cuidados de ER em parceria com a pessoa e família/cuidador, defendendo o seu direito ao acesso à informação, à escolha e garantindo o respeito pela sua privacidade e a defesa dos seus valores, costumes, crenças pessoais e religiosas, através da sua inclusão em todas as fases do processo de cuidados; ▪ Prestar cuidados de ER de acordo com os valores, princípios éticos e deontológicos que regem a enfermagem, com enfoque na área da ER.	<u>Humanos</u>: Docente orientador, Enfermeiro/a orientador, equipa de enfermagem e restante equipa multidisciplinar, cliente e família/cuidador; ▪ <u>Físicos</u>: Locais de ensino clínico e biblioteca ESEL. ▪ <u>Materiais</u>: Protocolos e normas institucionais, bases de dados para consulta de evidência científica, manuais de referência, Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e Regulamento de Competências Específicas do EEER.

Objetivo Específico: 3.2) Analisar as dinâmicas organizacionais e as práticas de qualidade implementadas nos locais de ensino clínico, colaborando em programas de melhoria contínua com especial enfoque na área da reabilitação;

Domínios e Competências	Atividades	Recursos
B - Domínio da melhoria contínua da qualidade B2 – Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua. B3 – Garante um ambiente terapêutico e seguro.	▪ Conhecer os protocolos, normas, manuais, instrumentos de avaliação e instrumentos de registo em vigor nos contextos de ensino clínico, através de entrevistas à equipa de enfermagem dos contextos de ensino clínico; ▪ Identificar os protocolos já existentes e projetos institucionais a decorrer no âmbito da melhoria contínua da qualidade (e mais concretamente nos cuidados especializados de reabilitação); ▪ Participar nos projetos de melhoria contínua da qualidade desenvolvidos nos contextos de ensino clínico. ▪ Conhecer o elemento da equipa que é responsável por ser elo de ligação ao Gabinete de Risco e analisar as medidas instituídas para prevenção e gestão do risco nos contextos de ensino clínico.	<u>Humanos</u>: Docente orientador, Enfermeiro/a orientador, equipa de enfermagem e restante equipa multidisciplinar, cliente e família/cuidador; ▪ <u>Físicos</u>: Locais de ensino clínico e biblioteca ESEL. ▪ <u>Materiais</u>: Protocolos e normas institucionais, bases de dados para consulta de evidência científica, manuais de referência, Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e Regulamento de Competências Específicas do EEER.

Objetivo Específico: 3.3) Desenvolver competências de gestão dos cuidados de enfermagem, que otimizem a resposta da equipa de saúde.

Domínios e Competências	Atividades	Recursos
C – Domínio da gestão dos cuidados C1 – Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde. C2 – Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.	▪ Participar em reuniões de equipa multidisciplinar e integrar a tomada de decisão na área dos cuidados de reabilitação; ▪ Identificar os recursos disponíveis na comunidade (como instituições de solidariedade social e associações) no contexto em que a pessoa está inserida, através de entrevistas informais aos elementos das equipas multidisciplinares dos contextos de ensino clínico; ▪ Identificar quando existe necessidade de referenciar para outros profissionais de saúde, tendo em consideração a situação de saúde e realizando a articulação com a equipa inter e multidisciplinar; ▪ Participar na delegação de tarefas a outros profissionais de saúde e/ou familiares/cuidadores informais: instruindo, treinando, supervisionando e monitorizando a sua capacidade para a execução das tarefas delegadas (garantindo desta forma a segurança e qualidade); ▪ Aprofundar e analisar estilos de liderança que permitam a otimização dos recursos e garantam a qualidade dos cuidados.	<u>Humanos</u>: Docente orientador, Enfermeiro/a orientador, equipa de enfermagem e restante equipa multidisciplinar, cliente e família/cuidador; ▪ <u>Físicos</u>: Locais de ensino clínico e biblioteca ESEL. ▪ <u>Materiais</u>: Protocolos e normas institucionais, bases de dados para consulta de evidência científica, manuais de referência, Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e Regulamento de Competências Específicas do EEER.

Objetivo Específico: 3.4) Analisar regular e frequentemente o processo de aprendizagem, com vista ao desenvolvimento das aprendizagens profissionais, com enfoque na área da Reabilitação, tendo por base a mais recente evidência científica.

Domínios e Competências	Atividades	Recursos
D – Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais D1 – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade; D2 – Baseia a sua prática clínica especializada em evidência científica.	▪ Integrar, aprofundar e analisar os conceitos lecionados no decorrer do primeiro e segundo semestre do curso de mestrado na área da ER, através da consulta de bibliografia de referência; ▪ Aprofundar situações de cuidados de ER através da realização de pelo menos um caso clínico por contexto de ensino clínico; ▪ Realizar pesquisa sobre a evidência científica mais recente que dê resposta às lacunas de conhecimento identificadas; ▪ Realizar uma reflexão individual e escrita, em cada contexto de ensino clínico, que reflita sobre os fatores (facilitadores e inibidores) no relacionamento com o cliente e com a equipa multidisciplinar, reconhecendo os recursos e limites (pessoais e profissionais); ▪ Realizar pesquisa sobre técnicas de resolução de conflitos; ▪ Desenvolver o relatório final de estágio.	<u>Humanos</u>: Docente orientador, Enfermeiro/a orientador, equipa de enfermagem e restante equipa multidisciplinar, cliente e família/cuidador; ▪ <u>Físicos</u>: Locais de ensino clínico e biblioteca ESEL. ▪ <u>Materiais</u>: Protocolos e normas institucionais, bases de dados para consulta de evidência científica, manuais de referência, Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e Regulamento de Competências Específicas do EEER.

APÊNDICE II – CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

[illegible]

APÊNDICE II – I ESTUDO DE CASO

1. Colheita de Dados

i. Identificação da Pessoa

Nome: S. B.

Idade: 49 anos

Género: feminino

Raça: caucasiana

Estado civil: divorciada

Profissão: Atualmente desempregada (de administrativa num atelier)

ii. História de saúde atual e pregressa

Antecedentes pessoais de saúde: anemia microcítica hipocrômica e síndrome vertiginoso. Não fazia qualquer terapêutica medicamentosa. Desconhece alergias medicamentosas. Nega hábitos tabágicos, etanólicos ou de outras substâncias aditivas.

Em **2015** foi submetida a cirurgia a meningioma do ângulo ponto-cerebeloso esquerdo (sendo seguida em consulta desde então).

História de saúde atual: a **04-10-2020** recorreu ao serviço de urgência do hospital da área de residência por agravamento progressivo de disfagia (sequelar). Realizou TAC crânio-encefálica:

- *“Identifica-se lesão expansiva compatível com meningioma ao nível da vertente anterior e lateral esquerda do buraco occipital, condicionando compressão do bulbo e potencialmente da transição bulbo-medular. (...)”*

Tendo em consideração o agravamento da patologia, com agravamento do quadro de disfagia e recusa alimentar foi internada em serviço de intermédios da neurocirurgia.

A **07-10-2020** apresentou agravamento do quadro clínico, tendo sido entubada e transferida para serviço onde fosse dado adequado suporte ventilatório e hemodinâmico.

A **13-10-2020** foi submetida a cirurgia *“sob anestesia geral e com monitorização do nervo facial e pares baixos. Reabertura de incisão linear retroauricular esquerda. Identificação de volumosa lesão ocupante de espaço do buraco occipital (...)”*

Foi extubada a 14-10-2020 sem intercorrências.

Durante o internamento foi avaliada por terapeuta da deglutição que identifica e descreve em diário clínico *“Os resultados da avaliação indicam características compatíveis com uma disfagia orofaríngea de base neurogénica e de grau severo. A*

segurança e eficácia da deglutição encontram-se comprometidas para todas as consistências. (...) Deverá manter SNG.”

Durante o internamento cumpriu terapia da fala para reabilitação da deglutição, estando, no momento da alta, a alimentar-se de dieta pastosa homogénea, com segurança e eficácia. Cumpriu também reabilitação motora.

Teve alta hospitalar a **16 de novembro** de 2020³. Foi admitida na ECCI dois dias depois, reencaminhada da EGA do hospital de origem, para continuação do programa de reabilitação.

iii.Situação familiar, social e habitacional

Agregado familiar: vive só

Cuidador informal: amiga (residente nos Açores). Esteve a residir em casa da cliente nas duas primeiras semanas após alta hospitalar para lhe dar apoio. Entretanto regressou à sua residência.

Tem o apoio dos tios (idosos ~80 anos), que residem no 1º andar e que têm uma cuidadora a tempo inteiro. Esta pessoa dá apoio aos tios (na lide doméstica, alimentação e atividades básicas e instrumentais da vida diária) e à Sr.^a D.^a S. B., caso esta precise de algum apoio.

Reside no Estoril, numa zona residencial com bons acessos, em casa cedida por familiares (tios), situada num r/c com saneamento básico e condições de habitabilidade.

O acesso à moradia pode ser realizado pela entrada principal da moradia dos tios, em que é necessário descer dez lanços de escadas para aceder à sua moradia ou através das traseiras da casa, onde se descem cinco degraus (ambos dispõe de corrimão). A casa apresenta luz natural, condições de arejamento e ventilação. Apresenta corredores espaçosos e seguros do ponto de vista da circulação, à exceção de uma das entradas que apresenta um desnível secundário a um azulejo partido, o que confere um risco elevado de queda. À parte deste fator, não apresenta tapetes no chão e o piso encontra-se seco. Tem uma casa de banho com banheira, onde detém uma tábua para banheira.

No momento da admissão na ECCI a Sr.^a D.^a S. B. estava em processo de divórcio, com disputa pela guarda da filha C. de 7 anos. A filha está a residir com o pai em Oeiras, desde que a mãe apresentou agravamento do quadro clínico, com

³ não consta mais informação em processo clínico entre esta data e a última referida

posterior internamento. Neste espaço temporal o pai mudou a C. de escola, para junto dele e, segundo a cliente, indo contra aquilo que fora acordado em tribunal. O pai da C. alega que a Sr.^a D.^a S. B. não está capaz de cuidar da filha. Esta situação gera muito stress na vida da cliente, que se demonstra ansiosa quando fala sobre a sua situação familiar.

Durante as visitas domiciliárias pudemos compreender que a motivação da cliente estava associada à relação que tem com a filha e respetiva luta pela guarda partilhada. A cliente tem como expectativa recuperar a autonomia e estilo de vida prévio ao internamento.

2. Avaliação Objetiva

i. Avaliação Neurológica

27-11-2020: A Sr.^a D.^a S. B. está vigil, orientada auto e alopsiquicamente, comunicativa, com discreta hipofonia, discurso rápido e coerente. Sem alterações da linguagem ou compreensão. Avaliada escala de Glasgow, com a obtenção de um *score* de 15.

Não apresenta alterações da memória imediata (reproduz a sequência de exercícios indicada), recente (recorda as refeições que foi realizando no decorrer do dia) ou remota (recorda eventos antigos). Não obstante apresenta amnésia lacunar para alguns episódios do último internamento. Não apresenta alterações da atenção e cálculo. Realizado Mini-exame do estado mental, tendo cumprido todas as indicações com sucesso, obtendo um *score* superior a 27 (descartando a hipótese de défice cognitivo).

ii.Avaliação dos Pares Cranianos com envolvimento direto na Deglutição

Data		18-12-2020
I (Olfativo)	- Pedir para identificar odores, de olhos fechados, bilateralmente	M
V (Trigêmeo)	- Pesquisar sensibilidade térmica, tátil e dolorosa da face nas três divisões (tátil, térmica e dolorosa). - Observar simetria dos movimentos mastigatórios	- NA sensibilidade - Mantém simetria dos movimentos mastigatórios
VII (Facial)	- Observar simetria facial ("franzir as sobrancelhas") - Identificar sabores nos 2/3 anteriores da língua	M
IX (Glosssofaríngeo)	- Avaliar sensibilidade e paladar no 1/3 posterior da língua e sensibilidade da faringe.	NA
X (Vago)	- Pesquisar reflexo de vômito; - Escutar alterações da voz ou rouquidão	- Mantém reflexo de vômito - Apresenta rouquidão
XII (Grande hipoglosso)	- Avaliar desvios da língua	M

Legenda:

M – mantido;

A - Ausente;

NA – Não avaliado

iii.Avaliação motora

Escala de Avaliação da Força Muscular (escala *Medical Research Council*)

Segmentos	Movimentos	27-11-2020		18-12-2020		05-01-2020	
Cabeça e Pescoço	Flexão	3/5		4/5		5/5	
	Extensão	2/5		3/5		5/5	
	Flexão Lateral Esquerda	3/5		3/5		3/5	
	Flexão Lateral Direita	3/5		4/5		4/5	
	Rotação	3/5		3/5		3/5	
Membro Superior		Dta.	Esq.	Dta.	Esq.	Dta.	Esq.
Escapulo-umeral	Flexão	3/5	2/5	4/5	4/5	5/5	5/5
	Extensão	3/5	3/5	4/5	4/5	5/5	5/5
	Abdução	3/5	3/5	4/5	4/5	4/5	5/5
	Adução	4/5	4/5	4/5	4/5	4/5	5/5
	Rotação Externa	3/5	3/5	4/5	4/5	4/5	4/5
	Rotação Interna	3/5	3/5	4/5	4/5	4/5	4/5
Cotovelo	Flexão	3/5	3/5	4/5	4/5	5/5	5/5
	Extensão	3/5	3/5	4/5	4/5	5/5	5/5
Antebraço	Supinação	3/5	3/5	4/5	4/5	5/5	5/5
	Pronação	3/5	3/5	4/5	4/5	5/5	5/5
Punho	Flexão Palmar	3/5	3/5	4/5	4/5	5/5	5/5
	Dorsi-flexão	3/5	3/5	4/5	4/5	5/5	5/5
	Desvio radial	3/5	3/5	4/5	4/5	5/5	5/5
	Desvio cubital	3/5	3/5	4/5	4/5	5/5	5/5
	Circundação	3/5	3/5	4/5	4/5	5/5	5/5
Dedos mão	Flexão	4/5	4/5	4/5	4/5	5/5	5/5
	Extensão	4/5	4/5	4/5	4/5	5/5	5/5
	Adução	4/5	4/5	4/5	4/5	5/5	5/5
	Abdução	4/5	4/5	4/5	4/5	5/5	5/5
	Circundação	4/5	4/5	4/5	4/5	5/5	5/5
	Oponência do polegar	4/5	4/5	4/5	4/5	5/5	5/5
Membro inferior		Dta.	Esq.	Dta.	Esq.	Dta.	Esq.
Coxo Femural	Flexão	4/5	4/5	4/5	4/5	5/5	5/5
	Extensão	4/5	4/5	4/5	4/5	5/5	5/5
	Adução	4/5	4/5	5/5	5/5	5/5	5/5
	Abdução	4/5	4/5	5/5	5/5	5/5	5/5
	Rotação interna	4/5	4/5	4/5	4/5	5/5	5/5
	Rotação externa	4/5	4/5	4/5	4/5	5/5	5/5
Joelho	Flexão	4/5	4/5	4/5	4/5	5/5	5/5
	Extensão	4/5	4/5	4/5	4/5	5/5	5/5
Tíbio-társica	Flexão plantar	4/5	4/5	4/5	4/5	5/5	5/5
	Flexão dorsal	4/5	4/5	4/5	4/5	5/5	5/5
	Inversão	4/5	4/5	4/5	4/5	5/5	5/5
	Eversão	4/5	4/5	4/5	4/5	5/5	5/5
Dedos pé	Flexão	4/5	4/5	4/5	4/5	5/5	5/5
	Extensão	4/5	4/5	4/5	4/5	5/5	5/5
	Adução	4/5	4/5	4/5	4/5	5/5	5/5
	Abdução	4/5	4/5	4/5	4/5	5/5	5/5

Legenda:

5/5: Movimento normal contra gravidade e resistência

4/5: Movimento muscular completo contra resistência moderada e contra gravidade.

3/5: Movimento muscular completo apenas contra a gravidade, não contra a resistência

2/5: Tem movimento muscular das extremidades mas não contra a gravidade. O doente consegue mover o membro na base da cama.

1/5: Observa-se contração muscular palpável e/ou visível, sem produção de movimento

0/5: Não se observa qualquer contração

iv.Índice de Tinetti (avaliação da mobilidade, equilíbrio estático e dinâmico)

EQUILÍBRIO	27-11-20	18-12-20
1. EQUILÍBRIO SENTADO		
0 – inclina-se ou desliza na cadeira 1 – inclina-se ligeiramente ou aumenta a distância das nádegas ao encosto da cadeira 2 – estável, seguro	2	2
2. LEVANTAR-SE		
0 – incapaz sem ajuda ou perde o equilíbrio 1 – capaz, mas utiliza os braços para ajudar ou faz excessiva flexão do tronco ou não consegue à 1ª tentativa 2 – capaz na 1ª tentativa sem usar os braços	1	2
3. EQUILÍBRIO IMEDIATO (PRIMEIROS 5 SEGUNDOS)		
0 – instável (cambaleante, move os pés, marcadas oscilações do tronco, tenta agarrar algo para suportar-se) 1 – estável, mas utiliza auxiliar de marcha para suportar-se 2 – estável sem qualquer tipo de ajudas	2	2
4. EQUILÍBRIO EM PÉ COM OS PÉS PARALELOS		
0 – instável 1 – estável mas alargando a base de sustentação (calcanhares afastados > 10 cm) ou recorrendo a auxiliar de marcha para apoio 2 – pés próximos e sem ajudas	1	2
5. PEQUENOS DESEQUILÍBRIOS NA MESMA POSIÇÃO (pessoa de pé com os pés próximos, o observador empurra-o levemente com a palma da mão, 3 vezes ao nível do esterno)		
0 – começa a cair 1 – vacilante, agarra-se, mas estabiliza 2 – estável	1	2
6. FECHAR OS OLHOS NA MESMA POSIÇÃO		
0 – instável 1 – estável	0	1
7. VOLTA DE 360° (2 vezes)		
0 – instável (agarra – se, vacila) 1 – estável, mas dá passos descontínuos 2 – estável e passos contínuos	1	2
8. APOIO UNIPODAL (aguenta pelo menos 5 segundos de forma estável)		
0 – não consegue ou tenta segurar-se a qualquer objeto 1 – aguenta 5 segundos de forma estável	0	1
9. SENTAR-SE		
0 – pouco seguro ou cai na cadeira ou calcula mal a distância 1 – usa os braços ou movimento não harmonioso 2 – seguro, movimento harmonioso	1	2
PONTUAÇÃO	9	16

MARCHA <i>A pessoa faz um percurso de 3m, na sua passada normal e volta com passos mais rápidos até à cadeira. Deverá utilizar os seus auxiliares de marcha habituais.</i>	27-11-20	18-12-20
10. INÍCIO DA MARCHA (imediatamente após sinal de partida)		
0 – hesitação ou múltiplas tentativas para iniciar 1 – sem hesitação	1	1
11. LARGURA DO PASSO (pé direito)		
0 – não ultrapassa à frente do pé em apoio 1 – ultrapassa o pé esquerdo em apoio	1	1
12. ALTURA DO PASSO (pé direito)		
0 – o pé direito não perde completamente o contacto com o solo 1 – o pé direito eleva-se completamente do solo	1	1
13. LARGURA DO PASSO (pé esquerdo)		
0 – não ultrapassa à frente do pé em apoio 1 – ultrapassa o pé direito em apoio	1	1
14. ALTURA DO PASSO (pé esquerdo)		
0 – o pé esquerdo não perde totalmente o contacto com o solo 1 – o pé esquerdo eleva-se totalmente do solo	1	1
15. SIMETRIA DO PASSO		
0 – comprimento do passo aparentemente assimétrico 1 – comprimento do passo aparentemente simétrico	1	1
16. CONTINUIDADE DO PASSO		
0 – pára ou dá passos descontínuos 1 – passos contínuos	0	1
17. PERCURSO DE 3m (previamente marcado)		
0 – desvia-se da linha marcada 1 – desvia-se ligeiramente ou utiliza auxiliar de marcha 2 – sem desvios e sem ajudas	1	2
18. ESTABILIDADE DO TRONCO		
0 – nítida oscilação ou utiliza auxiliar de marcha 1 – sem oscilação mas com flexão dos joelhos ou coluna ou afasta os braços do tronco enquanto caminha 2 – sem oscilação, sem flexão, não utiliza os braços, nem auxiliares de marcha	1	2
19. BASE DE SUSTENTAÇÃO DURANTE A MARCHA		
0 – calcanhares muito afastados 1 – calcanhares próximos, quase se tocam	1	1
PONTUAÇÃO	9	12
PONTUAÇÃO TOTAL	18	28

Legenda Indicadores de risco de queda:

≤ 18 – alto risco de queda; 19-23 – moderado risco de queda; ≥ 24 – baixo risco de queda

v. Sinais vitais:

	Tensão Arterial	Frequência Cardíaca	Respiração	Dor⁴
27/11	87/60mmHg	87bpm	18 cpm Espontânea, toraco-abdominal, simétrica e regular	0
04/12	102/60 mmHg	83bpm	20 cpm	0

⁴ Avaliada segundo escala numérica, em repouso e prévio ao programa de reabilitação

vi.Terapêutica habitual

- 5 mg de bisoprolol PO ao pequeno-almoço

3. Avaliação das Atividades de Vida Diárias, segundo a *Medida de Independência Funcional (MIF)*

Data	27-11-2020	18-12-2020
Autocuidado		
Alimentação	7	7
Higiene pessoal	7	7
Banho	6	7
Vestir metade superior	7	7
Vestir metade inferior	7	7
Utilização da sanita	7	7
Controlo de esfíncteres		
Bexiga	7	7
Intestino	7	7
Transferências		
Leito, cadeira, cadeira de rodas	5	7
Sanita	7	7
Banheiro, chuveiro	6	7
Locomoção		
Marcha/ cadeira de rodas	5	7
Escadas	5	7
Comunicação		
Compreensão	7	7
Expressão	7	7
Cognição Social		
Interação social	7	7
Resolução de problemas	7	7
Memória	7	7
Total	118	126

Legenda:

- 1 – Ajuda total (indivíduo participa $\leq 25\%$)
- 2 – Ajuda máxima (indivíduo participa $\geq 25\%$)
- 3 – Ajuda moderada (indivíduo participa $\geq 50\%$)
- 4 – Ajuda mínima (indivíduo participa $\geq 75\%$)
- 5 – Supervisão
- 6 – Independência modificada (ajuda técnica)
- 7 – Independência completa (em segurança, em tempo normal)

Dependência ligeira: >80 ; Dependência moderada: $80-40$; Dependência grave: <40

27-11-2020: É independente e autónoma para a realização de AVD, não obstante refere cansaço fácil durante a realização das mesmas, que classifica como *scores* entre 4 a 6, na Escala de Borg Modificada. Apresenta um aspeto e higiene cuidada. Está emagrecida (pesando 45kg à chegada a casa, com uma altura de 162cm), que corresponde a um índice de massa corporal de 17.1 (que indica que o peso está abaixo do ideal para a altura). Tem pele e mucosas íntegras, coradas e hidratadas. Apresenta força diminuída e tónus diminuído nos quatro membros.

Apresenta limitação da mobilidade da cabeça e pescoço desde a cirurgia, cuja amplitude do movimento se restringe na flexão de 0-30°, na extensão 0-10°, na flexão lateral (esquerda e direita) 0-10° e na rotação 0-10°. Tem ainda limitação da articulação do ombro esquerdo, tendo dificuldade em realizar a flexão e abdução para ângulos superiores aos 90°. Sensibilidade superficial, tátil e dolorosa mantidas. Sem défices na sensibilidade profunda.

Apresenta bom equilíbrio estático e dinâmico na posição de sentada, e bom equilíbrio estático na posição ortostática, mas razoável dinâmico.

Demonstra ser capaz de confeccionar e preparar as suas refeições, sendo independente para o autocuidado alimentar-se. Alimenta-se de dieta pastosa homogénea, confeccionando e preparando os alimentos. Quanto aos líquidos refere “acrescentar uma colher de espessante para 200ml de água” (sic), perfazendo uma consistência tipo néctar.

É independente para a satisfação da sua higiene pessoal e banho - que realiza sentada em tábua de banheira – e para se vestir e despir. Nestes autocuidados necessita de um sistema de enfermagem de apoio e educação.

Problemas identificados:

- Risco de aspiração de conteúdo alimentar, relacionado com alteração da deglutição decorrente de lesão neurológica;
- Mobilidade comprometida, relacionada com diminuição da força muscular, manifestada por intolerância ao esforço;
- Risco de queda, relacionado com diminuição da força nos membros inferiores, manifestado por equilíbrio dinâmico instável na posição ortostática.

Objetivos da intervenção do EEER:

- Prevenir complicações relacionadas com a disfagia;
- Otimizar o autocuidado alimentação;
- Prevenir complicações músculo-esqueléticas;
- Melhorar o tônus muscular;
- Melhorar o equilíbrio corporal;
- Otimizar a marcha;
- Otimizar a realização dos auto-cuidados.

Plano de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

Diagnóstico de Enfermagem de Reabilitação	Resultados Esperados	Intervenções de Enfermagem de Reabilitação	Avaliação
Risco de aspiração de conteúdo alimentar, relacionado com alteração da deglutição, decorrente de lesão neurológica	- Prevenir a ocorrência de episódios de engasgamento e possíveis complicações; - Otimizar a deglutição.	- Avaliar os pares cranianos com envolvimento direto na deglutição; - Validar o conhecimento que a Sr.^a D.^a S. B. detém sobre a situação atual de saúde (conhecimento sobre disfagia, causas, manifestações, consequências e intervenções a implementar); - Validar o conhecimento sobre as modificações da dieta necessárias, vigiando a sua implementação no decorrer do programa; - Instruir, treinar e supervisionar a realização do programa de reeducação da deglutição (implementado no hospital de referência – em contexto de consulta de terapia da deglutição).	27-11-2020: alimenta-se autonomamente de dieta pastosa homogénea, confeccionada e preparada pela própria, com apetite e tolerância. Está a ser acompanhada pela terapia da fala do hospital de referência, onde cumpre programa de treino de reeducação da deglutição. Durante a alimentação pudemos observar a cliente a almoçar: ingerindo pequenas porções da refeição, pausadamente. Apresenta vários movimentos rotativos da articulação temporomandibular, com uma deglutição ruidosa por períodos. Durante a refeição apresentou um episódio de engasgamento que reverteu após várias inspirações profundas seguidas de acesso de tosse eficaz. Não apresentou outros sinais ou sintomas sugestivos de aspiração de alimentos. Foi reforçada a necessidade de realizar pausas para descansar e reforçada a técnica mais adequada para conseguir uma tosse eficaz. Refere diminuição da sensibilidade do terço lateral esquerdo da língua, com sensibilidade mantida na face interior da bochecha homolateral. Reforçados ensinios para a prevenção de feridas associadas à mastigação e reforçada a necessidade de vigiar a presença de alimentos na cavidade oral após a refeição, com posterior higiene oral. Validados os exercícios a realizar no domicílio para treino da

			deglutição (que integra em sessões de 10 a 15 min, três vezes por dia): - Exercícios fonatórios, com foco no aumento da capacidade pulmonar total, através do prolongamento dos tempos respiratórios; (ex: inspira profundamente – expira profundamente enquanto conta ou soletra pa-pe-pi-po-pu”); - Exercícios de fortalecimento muscular da língua com recurso a uma esponja: centrando-a na língua e empurrando-a contra a face interna da bochecha, alternadamente, em séries de 5-10 repetições; - Exercícios de fortalecimento das bochechas: movimentos de sucção e de insuflação das bochechas (5-10 repetições uni e bilateralmente); - Aplica a técnica de Deglutição Forçada (<i>“Hard Swallow”</i>) durante a alimentação. 04-12-2020: Cumpre dieta mole, após indicação de terapeuta da fala. Refere que tolera, sem sinais de disfagia ou engasgamento. Cumpre hidratação com líquidos finos e sem necessidade de adição de espessante. Demonstra conhecer a técnica correta para uma tosse eficaz. 18-12-2020: Progrediu para dieta geral e hidratação com líquidos finos, demonstrando uma alimentação segura, sem sinais de alerta para disfagia ou sugestivos de aspiração. Não se alimenta de alimentos de dupla consistência, porque não se sente segura, referindo apresentar frequentes acessos de tosse após a ingesta.
--	--	--	---

Mobilidade comprometida, relacionada com diminuição da força muscular, manifestada por intolerância ao esforço	● Promover um padrão ventilatório eficaz; ● Aumentar a tolerância ao esforço (<i>de um score de 6 para score de 3-4 na avaliação da escala de Borg Modificada</i>); ● Otimizar a força muscular dos membros superiores e inferiores (<i>para uma avaliação de força grau 5 nos quatro membros, segundo escala MRC</i>); ● Otimizar o equilíbrio dinâmico na posição ortostática; ● Promover a máxima autonomia para o autocuidado, com o menor esforço possível; ● Recuperar o padrão automático do andar e promover a	● Avaliar os sinais vitais, antes e após o programa de treino (com especial atenção à TA, FC e a respiração - padrão, amplitude, ritmo, vigiando a presença de sinais de esforço respiratório); ● Avaliação da força muscular em todos os movimentos dos segmentos corporais, através da escala <i>Medical Research Council</i>; ● Instruir, treinar e supervisionar a consciencialização e dissociação dos tempos respiratórios: inspirando em repouso e expirando durante o esforço; ● Instruir, treinar e supervisionar o recurso a técnicas de conservação de energia; ● Validar conhecimentos sobre os sinais de cansaço e fadiga, enfatizando a importância de respeitar os seus limites fisiológicos; ● Instruir, treinar e supervisionar a Sr.^a D.^a S. B. a realizar mobilizações ativas assistidas da cabeça e pescoço, dos membros superiores e ativas resistidas dos membros inferiores, de acordo com a tolerância da cliente e até ao limiar da dor, progredindo progressivamente para mobilizações ativas resistidas; ● Instruir, treinar e supervisionar a realização de atividades terapêuticas (no leito como a elevação da bacia – ponte; a	27-11-2020: apresenta força muscular diminuída em todos os segmentos corporais (avaliação detalhada mais acima), associado a imobilidade prolongada decorrente do último internamento. Realizadas mobilizações ativas-assistidas da cervical. Mantém diminuição da amplitude (mais acentuada à hiperextensão da cervical, onde refere ligeira dor), mas com melhoria desde a última visita domiciliária (VD). Apresenta maior amplitude da articulação do ombro, conseguindo realizar a sua flexão até aos 180° (ao contrário da última VD em que fazia apenas 90°). Reforçado programa de treino motor (de força e equilíbrio) a realizar diariamente, e que inclui automobilizações no leito, exercícios de fortalecimento muscular e exercícios de treino de equilíbrio. Durante a satisfação das AVD refere maior cansaço que classifica com <i>scores</i> entre 4 a 6, na Escala de Borg Modificada. Dentro das atividades que percebe como mais cansativas elenca a comunicação e a marcha. Neste sentido, foram validadas técnicas de conservação de energia (como o controlo da respiração, a gestão do tempo de atividade e repouso e a utilização de posições de descanso); Foi instruído, treinado e supervisionado a consciencialização e dissociação dos tempos respiratórios, com promoção de um padrão ventilatório predominantemente abdominal. 04-12-2020: Realizadas mobilizações ativas-assistidas da cervical. Apresenta maior amplitude em comparação com a última VD, tolerando os exercícios sem dor. Refere “ligeira impressão” (sic) na flexão lateral esquerda. Apresenta contraturas na região cervical, tendo sido realizada massagem terapêutica com alguma melhoria. Realizados
--	---	---	---

	independência na locomoção, garantindo a segurança na sua realização. Prevenir a ocorrência de quedas.	rotação controlada da anca, automobilizações, entre outras) e técnicas de levantar; - Instruir, treinar e supervisionar estratégias adaptativas para treinos específicos no domicílio (reforçando a importância da realização de aquecimento, e alongamento dos grupos musculares exercitados, antes e após o programa de treino); - Instruir, treinar e supervisionar a realização de exercícios de treino de equilíbrio, estático e dinâmico, na posição de sentada (na beira da cama, realizando flexão controlada anterior e posterior e lateral direita e esquerda, controlada com as mãos apoiadas na cama) e em posição ortostática (realizando exercícios de elevação dos calcanhares controlada e pausadamente); - Instruir, treinar e supervisionar a Sr.^a D.^a S. B. sobre a técnica a realizar durante a marcha, assistindo-a e vigiando-a na realização da mesma.	ensinos sobre técnicas não farmacológicas para alívio da dor. Realizados exercícios musculares ativos do ombro (com enfoque na flexão-extensão e elevação-depressão), exercícios musculares ativos resistidos da região coxo-femural (com enfoque na adução-abdução). Apresenta sinais de cansaço durante a marcha, para distâncias superiores a ~10m, bem como para subir e descer escadas. Durante estes esforços percebe o cansaço com <i>scores</i> entre 3-4, na Escala de Borg Modificada. Mantém a avaliação de percepção de cansaço em <i>score</i> 5 durante o diálogo, sendo reforçados ensinamentos sobre a gestão da atividade, com enfoque na necessidade de dialogar mais pausadamente e com controle da respiração (dialogando durante o tempo expiratório). Reforçado e validado o programa de treino previamente instruído, adicionando exercícios de fortalecimento muscular na posição ortostática (como agachamentos) por apresentar melhor equilíbrio dinâmico. 18-12-2020: Apresenta um padrão de marcha seguro, de forma independente. Não teve qualquer queda no decorrer do programa de ER. Apresenta força muscular de grau 4 nos membros superiores e 4+ nos membros inferiores, segundo escala MRC. Percebe o cansaço no decorrer das atividades de vida em <i>scores</i> inferiores a 3-4, segundo escala de Borg Modificada, conseguindo identificar os sinais de cansaço e fadiga, gerindo melhor os períodos de atividade e descanso. Acrescenta uma melhoria da sua qualidade de vida.
--	---	--	---

Risco de queda, relacionado com diminuição da força dos membros inferiores, manifestado por equilíbrio dinâmico instável na posição ortostática		• Avaliar e monitorizar o risco de queda, através do Índice de Tinetti; • Avaliar o equilíbrio estático e dinâmico na posição ortostática; • Instruir sobre a importância de utilização de calçado adequado (confortável, de preferência fechado e com sola antiderrapante); • Validar conhecimentos sobre a prevenção de quedas no domicílio; • Negociar com a cliente a redução ou eliminação de barreiras arquitetónicas.	27-11-2020: apresenta <i>score</i> de 18, à avaliação do Índice de Tinetti, que corresponde a um elevado risco de queda. A Sr.^a D.^a S. B. refere tomar banho na banheira sem a colocação de tapete antiderrapante. Foi advertida para o elevado risco de queda potenciado pelo piso escorregadio da banheira. Foram ainda validados conhecimentos sobre a prevenção de quedas no domicílio, no que diz respeito à gestão do ambiente (manter piso seco, boa iluminação, retirar tapetes soltos, utilizar sapato adequado, entre outros). 18-12-2020: apresenta <i>score</i> de 28, à avaliação do Índice de Tinetti, que corresponde a um baixo risco de queda. Não apresentou qualquer situação de queda no decorrer do programa de ER.
Ansiedade atual, Relacionado com situação familiar instável	• Promover a expressão dos sentimentos e emoções, otimizando o processo de recuperação	• Promover um ambiente terapêutico calmo e relaxante; • Providenciar escuta ativa e permitir a verbalização de emoções, relacionadas com a disputa pela guarda da filha; • Identificar e promover atividades terapêuticas e relaxantes, que distraiam a cliente nos momentos de maior ansiedade; • Referenciar para apoio psicológico.	27-11-2020: A Sr.^a D.^a S. B. mostra-se apreensiva pelo processo a decorrer em tribunal pela guarda da filha, referindo que o ex-marido tem conseguido manipular os advogados e responsáveis envolvidos. Espera poder estar com a filha na semana seguinte. Foi encorajada a verbalizar os seus sentimentos e a praticar atividades que para si sejam relaxantes e terapêuticas. Gosta de cozinhar e navegar na internet, tendo sido encorajada a fazê-lo. 18-12-2020: Refere ter estado presencialmente com a filha C. dias antes, demonstrando-se mais tranquila. Fica mais ansiosa quando se aborda a situação relacionada com a disputa em tribunal, referindo que a sua advogada não lhe tem transmitido confiança. Não obstante, refere que a nossa presença a deixa tranquila e acrescenta que está a fazer tudo o que é possível para recuperar a sua autonomia e o estilo de vida prévio ao internamento.

