



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

**A Intervenção do Enfermeiro Especialista em
Enfermagem de Reabilitação na Capacitação
da Pessoa com Deglutição Comprometida**

Inês Filipa de Sousa Mendes

Orientação: Professor José Moreira

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: *Enfermagem de Reabilitação*

Relatório de Estágio

Setúbal, 2023

Esta dissertação inclui as críticas e as sugestões feitas pelo júri



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO
BRANCO**

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

**A Intervenção do Enfermeiro Especialista em
Enfermagem de Reabilitação na Capacitação
da Pessoa com Deglutição Comprometida**

Inês Filipa de Sousa Mendes

Orientação: Professor José Moreira

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: *Enfermagem de Reabilitação*

Relatório de Estágio

Júri das Provas Públicas:

Presidente de Júri: Professora Doutora Ana Clara Nunes

Arguente: Professor Doutor Carlos Maia

Orientador: Professor José Moreira

Setúbal, 2023

A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na capacitação da pessoa com deglutição comprometida

*«O que é mais importante: a viagem ou o destino?»,
perguntou o Grande Panda.*

«A companhia», respondeu o Pequeno Dragão.

James Norbury

AGRADECIMENTOS

Ao longo deste percurso académico, foram muitas as experiências e aprendizagens adquiridas que contribuíram para o meu desenvolvimento pessoal e profissional. Todo ele foi constituído por momentos de extrema felicidade por todas as conquistas, mas também marcado por alguns percalços e momentos de frustração, como tal, venho agradecer a todas as pessoas que durante estes dois anos festejaram comigo, tal como as que me ajudaram a ultrapassar as adversidades.

Ao meu orientador, Professor José Moreira, pelo acompanhamento ao longo do último ano, motivação, amizade e encorajamento para dar sempre o meu melhor, o meu muitíssimo obrigado.

À Professora Maria José Bule, por me guiar desde a licenciatura e me mostrar que com trabalho, profissionalismo e dedicação podemos fazer a diferença na vida daqueles de quem cuidamos.

À Enfermeira Cátia Ganito, a minha primeira orientadora, pela amabilidade com que sempre me motivou e pela disponibilidade apresentada ao longo de todo o percurso.

A todo o corpo docente, orientadores de estágio, em especial às Enfermeiras Miriam Santos, Lucília Alves, Ana Semedo e Tânia Resende e a todos os enfermeiros dos serviços em que realizei os meus estágios, o meu agradecimento por todo o conhecimento transmitido e experiências proporcionadas.

Aos meus colegas de trabalho pelo apoio e motivação bem como pela disponibilidade e suporte nos períodos de maior sobrecarga horária.

A Deus por me guiar todos os dias da minha vida e me levar ao colo nos momentos mais difíceis.

Aos mais importantes: avós, mãe, pai, tios, primos e manas, sem vocês nunca me teria tornado na mulher que sou hoje. Obrigada por me criarem e por todo o amor incondicional que me dão, mesmo quando sou desnaturada. Perdoem-me as ausências, estão sempre no meu coração e pensamento.

Aos meus amigos de Évora e de Lisboa, por me fazerem sempre rir, por perdoarem o facto de estar ausente, mas que mesmo assim me amam e apoiam, o meu agradecimento, em breve encontramo-nos.

Ao Nuno por nunca me deixar desmotivar, por trazer o meu melhor ao de cima e acalmar o meu coração nos momentos de ansiedade, obrigada.

À minha Dinha e às minhas amigas do trabalho, Bruninha, Bea e Fili por terem sido alegria e colo, abraço e casa e por me terem segurado todas as vezes que tropecei, não tenho como vos agradecer. A vós, dedico-vos este trabalho.

RESUMO

A alimentação é essencial para a sobrevivência do ser humano e o momento da refeição tem não só importância a este nível como também ao nível sociocultural. Com o intuito de se alimentar, o ser humano necessita de realizar o processo de deglutição de forma segura e eficaz de forma a receber o aporte nutricional necessário, como também de forma a proteger as vias aéreas. Existem inúmeras alterações fisiológicas e anatómicas que poderão contribuir para uma deglutição comprometida e colocar em risco a pessoa.

O presente relatório apresenta como intuito descrever e evidenciar a importância da intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na capacitação da pessoa com deglutição comprometida e ainda demonstrar os ganhos em saúde produzidos por esta intervenção. Serão também apresentadas as atividades desenvolvidas ao longo do Estágio Final, que permitiram a aquisição das competências de enfermeiro especialista, Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação e de Mestre.

Palavras-chave: Deglutição Comprometida; Enfermagem de Reabilitação; Estudo de Caso; Ganhos em Saúde.

ABSTRACT

Nourishment is essential for the survival of the human being and the moment of the meal is not only important at this level but also at the sociocultural level. In order to eat, human beings need to carry out the swallowing process safely and effectively in order to receive the necessary nutritional care, as well as to protect the airways. There are numerous physiological and anatomical changes that can contribute to impaired swallowing and to increase the risk of complications.

This report aims to describe and highlight the importance of the intervention of the Rehabilitation Nurse in training the person with impaired swallowing and also demonstrate the health gains produced by this intervention. The activities carried out during the Final Internship will also be presented to explain how they allowed to acquire the skills of specialist nurse, specialist in Rehabilitation Nursing and Master's.

Key Words: Impaired Swallowing; Rehabilitation Nursing; Case Study; Health Gains.

ABREVIATURAS E SIGLAS

Angio-TC – Angiografia por Tomografia Computorizada

APA – *American Psychological Association*

APER - Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação

ARS - Administração Regional de Saúde

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Atividades de Vida Diárias

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CNCP – Comissão Nacional de Cuidados Paliativos

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

GUSS – *Gugling Swallowing Screen*

NIHSS - *National Institute of Health Stroke Scale*

OE – Ordem dos Enfermeiros

PQCEER – Padrão de Qualidade dos Cuidados Especializados de Enfermagem de Reabilitação

RM - Ressonância Magnética

SNG - Sonda Nasogástrica

TC – Tomografia Computorizada

TICI – *Thrombolysis in cerebral infarction scale*

UAVC – Unidade de Acidentes Vasculares Cerebrais

UC – Unidade Curricular

UCCP – Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos

Unisul – Universidade do Sul de Santa Catarina

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
1. Enquadramento Teórico.....	5
1.1. Modelo de Enfermagem baseado na Teoria das Atividades de Vida Diárias	5
1.2. Teoria Geral do Autocuidado de Dorothea Orem.....	7
1.2.1. Teoria do autocuidado.....	8
1.2.2. Teoria de défice de autocuidado.....	9
1.2.3. Teoria de Sistemas de Enfermagem.....	10
1.2.4. Processo de Enfermagem de Dorothea Orem.....	11
2. Apreciação do Contexto.....	12
2.1. Unidade de Acidentes Vasculares Cerebrais.....	12
2.2. Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos.....	13
3. A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação à Pessoa com Deglutição Comprometida	14
3.1. Anatomia da Deglutição.....	14
3.2. Fisiologia da Deglutição.....	18
3.3. Deglutição Comprometida.....	20
3.4. Avaliação da Deglutição através da <i>Gugging Swallowing Scale</i>	21
3.5. Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa com Deglutição Comprometida.....	23
3.5.1. Estratégias Compensatórias Posturais.....	23
3.5.2. Estratégias Compensatórias Sensoriais.....	24
3.5.3. Técnicas de deglutição e de Fortalecimento Muscular	25
4. Metodologia: Estudo de Caso Múltiplo.....	27
4.1. Estudo de caso A.....	27
4.2. Estudo de caso B.....	33
4.3. Estudo de caso C.....	38

5. Ganhos em Saúde	44
6. Análise Reflexiva das Competências Adquiridas.....	48
6.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.....	48
6.1.1. A - Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal.....	48
6.1.2. B - Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade.....	50
6.1.3. C - Domínio da gestão dos cuidados.....	52
6.1.4. D - Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.....	53
6.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.....	55
6.2.1. Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.....	55
6.2.2. Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania.....	57
6.2.3. Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.....	57
6.3. Competências de Mestre.....	58
7. Conclusão	60
8. Referências Bibliográficas	62
Anexos	67
Anexo I - Escala de GUSS.....	68
Anexo II – Escala TICI.....	71
Anexo III - Escala NIHSS.....	73
Anexo IV - Índice de Barthel.....	78
Apêndices.....	80
Apêndice I - Sessão de Formação em Serviço: Intervenção de Enfermagem à pessoa com deglutição comprometida.....	81
Apêndice II – Artigo de Revisão: <i>The Intervention of Rehabilitation Nurses in Patients with Deglutition Disorders: A Systematic Review</i>	89

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Avaliação neurológica da doente A através da NIHSS.....	28
Tabela 2 - Avaliação do nível de dependência doente A através do Índice de Barthel	30
Tabela 3 - Avaliação da deglutição da doente A através da Escala de GUSS.....	31
Tabela 4 - Avaliação neurológica da doente B através da NIHSS.....	33
Tabela 5 - Avaliação do nível de dependência da doente B através do Índice de Barthel	35
Tabela 6 - Avaliação da deglutição da doente B através da Escala de GUSS.....	36
Tabela 7 – Avaliação neurológica da doente C através da Escala NIHSS	39
Tabela 8 – Avaliação do nível de dependência da doente C através do Índice de Barthel	40
Tabela 9 – Avaliação da deglutição através da escala de GUSS	41

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Modelo de Enfermagem Baseado na Teoria das AVD de Roper, Logan e Tierney ...6

INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito da Unidade Curricular [UC]: Estágio Final do curso de Mestrado em Associação da Escola Superior de Enfermagem São João Deus da Universidade de Évora, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja, Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre e Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal. Tem como objetivo a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem e Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

O Estágio Final decorreu no período de 19 de setembro de 2022 a 25 de novembro de 2022 numa Unidade de Acidentes Vasculares Cerebrais [UAVC] e no período de 28 de novembro a 20 de janeiro numa Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos [UCCP], ambos em Hospitais situados na área de Lisboa. O objetivo geral do estágio foi: avaliar a funcionalidade diagnóstica em função das limitações da participação para a reinserção e exercício de cidadania. Como objetivos específicos: implementar programas de treino motor; diagnosticar, planejar, executar e avaliar intervenções de enfermagem de reabilitação; capacitar a pessoa com incapacidade; desenvolver programas de treino de atividades de vida diárias [AVD]; gerir os cuidados e projetos dentro da equipa multidisciplinar; e produzir dados que demonstrem resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação.

O estágio em enfermagem fomenta a aquisição de conhecimentos por criar uma dinâmica entre os conteúdos teóricos explorados anteriormente e as vivências da prática. As situações práticas estimulam a produção de conhecimentos práticos e de estratégias para aprender a lidar com situações complexas. A teoria e a prática funcionam em simbiose sendo que a teoria é essencial à prática e fornece conteúdos importantes para a tomada de decisão, porém a experiência prática produz questões, necessidades e contributos que devem ser explorados de forma reflexiva produzindo novo conhecimento teórico. Deste modo, o estágio é uma ferramenta essencial tanto para a consolidação de conhecimentos como para a autorreflexão da prática profissional (Evangelista & Ivo, 2014; Rampellotti & Pasqualli, 2019).

Este documento irá abordar as intervenções de enfermagem de reabilitação e as atividades realizadas ao longo do Estágio Final com o intuito de demonstrar de que forma foram cumpridos os objetivos de estágio e adquiridas as competências dos Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação [EEER]. Para além disto irá ser apresentada a abordagem do EEER à pessoa com deglutição comprometida através da metodologia de Estudo de Caso. A

escolha do tema prendeu-se principalmente com o contexto profissional do estudante, com o intuito de obter conhecimento que pudesse produzir ganhos em saúde na futura prática diária enquanto EEER.

O Estudo de Caso é uma metodologia de investigação que se baseia no estudo aprofundado de uma situação ou objeto, de forma a conseguir obter um conhecimento detalhado do mesmo. Esta metodologia inclui três etapas: seleção do caso, trabalho de campo e organização e redação do relatório. No âmbito da Enfermagem, é realizada uma colheita de dados, posto isto surge um processo de pensamento crítico com o objetivo de compreender a situação do doente e determinar soluções, por fim é realizada a avaliação e reflexão dos achados clínicos. Podemos ainda afirmar que é uma estratégia de ensino que contribui para o processo de formação dos enfermeiros, pois permite a ação reflexiva e a consolidação de conhecimentos teórico-práticos (Simões, 2017; Universidade do Sul de Santa Catarina [Unisul], 2014).

Através da reflexão das experiências vividas no decorrer dos estágios, o estudante pode compreender e identificar os conhecimentos subentendidos que se formaram através de experiências repetitivas da prática especializada, atribuindo um novo significado às situações de incerteza ou singularidade que a prática permite experienciar. O objetivo da reflexão é trazer os processos de raciocínio e os padrões de comportamento para a superfície e torná-los explícitos. Na área da Enfermagem permite aproximar a teoria à prática e produzir novos conhecimentos teóricos baseados na prática diária (Peixoto & Peixoto, 2016).

Quanto ao tema estudado ao longo do Estágio Final, optou-se pela intervenção do EEER na capacitação da pessoa com deglutição comprometida. Deglutir consiste na “passagem dos líquidos e dos alimentos fragmentados, pelo movimento da língua e dos músculos, da boca para o estômago através da orofaringe e esófago.” (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem [CIPE], 2019). Assim sendo, as alterações na deglutição consistem na dificuldade em transportar um ou vários tipos de substâncias da boca até ao esófago e/ou uma dificuldade na proteção das vias aéreas podendo existir passagem de substâncias para a laringe, o que também poderá acontecer quando existe regurgitação ou vômito (Cugy et al., 2018).

Deglutir é um processo complexo do qual fazem parte vários músculos da cavidade oral, face e pescoço. Existe também a participação de cinco pares de nervos cranianos: o trigémeo (V), o facial (VII), o glossofaríngeo (IX), o vago (X) e o hipoglosso (XII). A intervenção do EEER poderá assentar em diferentes estratégias de atuação, pelo que, para realizar os planos de intervenção dos doentes com o diagnóstico de enfermagem de deglutição comprometida foi

realizada uma pesquisa intensa em bases de dados e selecionadas as intervenções que se mostravam mais coerentes com a prática de Enfermagem de Reabilitação em Portugal e aquelas que apresentavam melhores resultados (Cugy et al., 2018; Jotz & Dornelles, 2009; Matsuo & Palmer, 2008).

Estima-se que cerca de 30-40% da população com mais de 65 anos apresenta deglutição comprometida, situação diagnosticada em cerca de 64-78% dos doentes com Acidente Vascular Cerebral [AVC] em fase aguda, 40-81% dos doentes com AVC em fase crónica, 52-82% das pessoas com doença de Parkinson avançada, 80-100% dos doentes com demência avançada, 80-100% dos doente com esclerose lateral amiotrófica, 40% dos doentes de cancro cabeça e pescoço após quimioterapia e/ou radioterapia, 50% dos doentes após cirurgia cabeça e pescoço e 67-88% dos doentes com Alzheimer (Silva, 2020).

Os doentes com alterações na deglutição não só têm um maior nível de dependência como também menor qualidade de vida. Sabe-se também que o tempo de internamento destes doentes é superior ao daqueles que não apresentem esta condição, pela necessidade de acompanhamento durante a refeição, de sonda nasogástrica [SNG] e alimentação entérica, utilização de espessante e pelos exigentes programas de reabilitação, induzindo a custos elevados (Silva, 2020).

Tendo em conta o contexto atual, é consensual que se trata de uma problemática com necessidade de desenvolvimento e intervenção muito precoce. Os contributos do EEER poderão fornecer ganhos em saúde relevantes nesta área de intervenção, não só devido às alterações inerentes ao envelhecimento, mas também por todas as patologias que poderão propiciar alterações na deglutição.

O presente relatório encontra-se estruturado em oito capítulos. Após esta introdução, é apresentado o enquadramento teórico onde são descritas as teorias de Enfermagem em que se baseou a prática ao longo do estágio e a redação deste relatório, o Modelo Baseado nas AVD de Roper, Logan e Tierney e a Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem. Segue-se uma breve apreciação do contexto onde são caracterizados os locais onde foi realizado o Estágio Final, seguido da intervenção do EEER à pessoa com deglutição comprometida, onde é abordada a anatomia e fisiologia da deglutição, as alterações da deglutição, as intervenções de enfermagem de reabilitação selecionadas, os estudos de caso em que foram aplicadas. No capítulo cinco entram-se descritos os ganhos em saúde que advém desta intervenção. Por fim encontra-se a análise reflexiva da aquisição de competências de enfermeiro especialista, EEER e de mestre.

A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na capacitação da pessoa com deglutição comprometida

E para finalizar são apresentadas as principais conclusões deste relatório e as referências bibliográficas utilizadas para a redação do mesmo.

A redação deste Relatório de Estágio é baseada nas normas preconizadas pela *American Psychological Association* [APA] na sua 7ª edição.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1. MODELO DE ENFERMAGEM BASEADO NA TEORIA DAS ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIAS

Para a realização do Estágio Final foi utilizado o modelo de Enfermagem baseado na Teoria das AVD de Roper, Logan e Tierney e a Teoria Geral do Autocuidado de Dorothea Orem em associação com o processo de enfermagem.

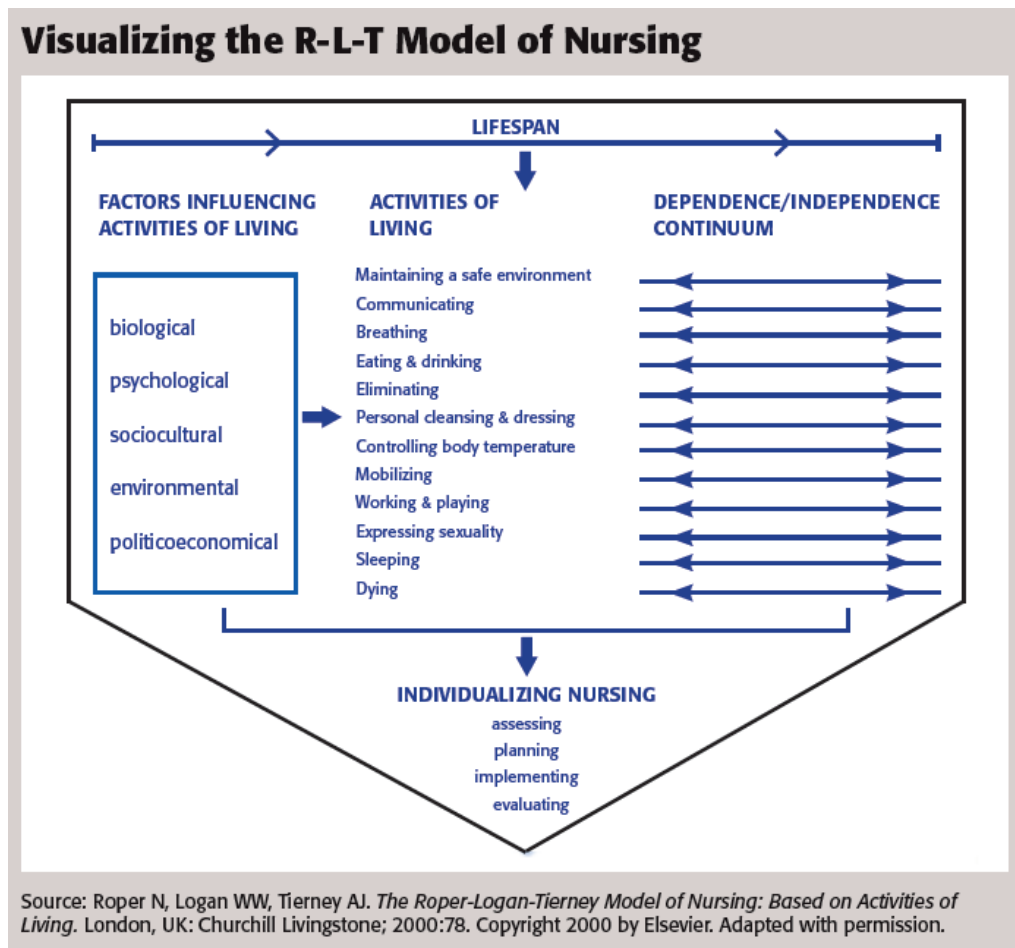
O modelo de Enfermagem baseado na Teoria das AVD permite realizar uma avaliação completa das várias pessoas com necessidades de cuidados de enfermagem de reabilitação. Esta avaliação permite estabelecer os diagnósticos de enfermagem de forma contextualizada, e assim um cuidar individualizado. Este é um modelo flexível e adaptável, existindo evidência positiva para a sua utilização em contextos de educação, investigação e prestação de cuidados de enfermagem, possibilitando a integração da teoria e da prática e ainda da sua avaliação sistemática (McCaugherty, 1992).

Através da utilização deste modelo é possível visualizar o campo de ação para o ensino, promoção e manutenção da saúde, prevenção da doença e promoção da reabilitação; assim como pelo compromisso nas intervenções de enfermagem reconhecidas tradicionalmente na relação com a doença (Roper et al., 1995). Este modelo, aplica o processo de enfermagem - avaliação, diagnóstico, planeamento, intervenção e avaliação – e tem como objetivo a avaliação holística do utente e respetiva elaboração de um plano de cuidados. No contexto clínico, o Modelo é aplicado para identificar *deficits* funcionais específicos observados em utentes que necessitam de cuidados de enfermagem especializados. No ambiente académico, permite aos enfermeiros desenvolver e testar uma hipótese sobre os resultados do cuidado com uma estrutura de Enfermagem (Williams, 2015).

O modelo de AVD é um instrumento simples, que pode ser utilizado em diversos contextos e que qualifica os cuidados de enfermagem, logo torna-se relevante por possibilitar a análise das AVD do indivíduo, as suas ações diárias, e a partir disso, promover saúde e bem-estar através da elaboração de um plano de cuidados com base nas AVD dependentes de cuidados (Ximenes et al., 2020).

Figura 1

Modelo de Enfermagem Baseado na Teoria das AVD de Roper, Logan e Tierney



Fonte: Williams, B. C. (2015). The Roper-Logan-Tierney model of nursing: A framework to complement the nursing process. *Nursing*, 45(3), p25
<https://doi.org/10.1097/01.NURSE.0000460730.79859.d4>

Como podemos verificar no Diagrama 1, existem 12 AVD definidas por Roper, Logan e Tierney: Manutenção do ambiente seguro; Comunicação; Respiração; Comer e beber; Eliminação; Higiene pessoal e vestir; Controlo da temperatura corporal; Mobilidade; Trabalho e Lazer; Expressão da Sexualidade; Sono; e Morte. Para além das AVD, este modelo também tem por base outros conceitos: tempo de vida útil que se encontra representado por uma seta continua com um único sentido, simbolizando que a vida é continua e que tem um principio e um fim; continuum dependência-independência, representado também como uma seta contudo apresenta dois sentidos diferentes, simbolizando a possibilidade de mudança no nível de

dependência ao longo da vida; fatores que influenciam as AVD, ou seja, o biológico, psicológico, sociocultural, ambiental e político-económico; e Enfermagem individualizada pois este modelo baseia-se na avaliação de cada AVD para cada pessoa, com o seu determinado nível de dependência e com os seus contextos (Williams, 2015).

As AVD são o foco do modelo por serem centrais nesta visão de Enfermagem. Assim sendo, a Enfermagem tem em vista ajudar os utentes a evitarem, aliviarem, resolverem ou ainda a viverem com os problemas, reais ou potenciais, relacionados com as AVD. Reconhecer que os problemas dos doentes podem ser reais ou potenciais significa que a Enfermagem não responde apenas aos problemas existentes, mas também está preocupada em evitar problemas que possam surgir (Roper et al., 1995).

A associação do modelo das AVD e dos diagnósticos de enfermagem possibilita uma abordagem de enfermagem complexa às pessoas com deficiência, pois permite identificar aspetos que podem comprometer o autocuidado e consequentemente a qualidade de vida. Com base nos diagnósticos identificados, é possível criar informações valiosas para a tomada de decisões e elaboração de um plano de cuidados voltado para as necessidades reais e potencialidades das pessoas com deficiência inseridas nos seus contextos (Moura et al., 2015).

As intervenções de enfermagem são uma mais-valia na promoção das AVD das pessoas garantindo-lhes segurança e autonomia no autocuidado. Portanto, devem ser elaborados planos de cuidados diferenciados, que abordam não só aspetos físicos, mas também subjetivos, articulando a família e a comunidade na procura de práticas mais efetivas que auxiliem o desenvolvimento do autocuidado. O enfermeiro deve então trabalhar em conjunto com outros profissionais de saúde, para desenvolver as potencialidades dos indivíduos através de uma atitude crítico-reflexiva. Ainda é de extrema importância a inclusão do cônjuge e da família na elaboração dos planos de cuidado por tornar o processo mais dinâmico, favorecer a reabilitação e por fortalecer os vínculos afetivos (Moura et al., 2015).

1.2. TEORIA GERAL DO AUTOCUIDADO DE DOROTHEA OREM

O aspeto conceptual do autocuidado é explorado por diferentes autores, reportando diferentes definições. Segundo Dorothea Orem (2001), o autocuidado é o desempenho ou a prática de atividades que os indivíduos realizam em seu benefício para manter a vida, a saúde e o bem-estar, favorecendo o aperfeiçoamento e amadurecimento das pessoas. Este é universal, abrangendo todos os aspetos vivenciais da pessoa, portanto, as suas crenças, antecedentes

sociais e culturais, características pessoais e relação entre os profissionais de saúde e doentes são fatores que influenciam os comportamentos de autocuidado. Considerando que existe uma interligação entre estes fatores, é possível considerar homogeneidade entre o ser humano e o ambiente (Lista et al., 2017; Queirós et al., 2014; Santos et al., 2017).

Segundo Queirós et al. (2014) o autocuidado é uma função humana reguladora desempenhada deliberadamente pelas pessoas ou por alguém com o objetivo de preservar a vida, a saúde, o desenvolvimento e o bem-estar. Quando se atua de forma consciente, controlada, intencional e efetiva, para atingir a real autonomização, designa-se por atividade de autocuidado.

Através desta conceptualização, o enfermeiro presta cuidados baseados num conhecimento sobre a pessoa e a sua relação com o mundo, com o intuito de adequar a sua prestação de cuidados de enfermagem, colmatando os *deficits* de autocuidado encontrados no utente, inserido nos seus contextos (Lista et al., 2017).

Orem (2001) considera que a sua teoria geral é composta por três teorias interrelacionadas: a Teoria do Autocuidado, que descreve o porquê e como as pessoas cuidam de si próprias; a Teoria do Défice de Autocuidado, que descreve e explica a razão pela qual as pessoas podem ser ajudadas através da Enfermagem; e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem, que descreve e explica as relações que têm de ser criadas e mantidas para que se produza Enfermagem (Queirós et al., 2014; Santos et al., 2017).

1.2.1. Teoria do autocuidado

A Teoria do Autocuidado constitui a base para compreender as condições e as limitações da ação das pessoas que podem beneficiar com a Enfermagem. Refere-se então à prática de cuidados executados pelo indivíduo portador de uma necessidade, para manter-se com vida, saúde e bem-estar. Para tal, é essencial que o indivíduo seja capaz de se envolver no autocuidado, utilizando como requisitos as AVD. Considera-se fundamental uma avaliação eficaz com o objetivo de procurar o ponto de equilíbrio entre o excesso e a carência de cuidados, promovendo o autocuidado (Pereira et al., 2011; Queirós et al., 2014).

Considerando o autocuidado como um resultado sensível aos cuidados de enfermagem, que se traduz positivamente na promoção da saúde e no bem-estar através do aumento de conhecimentos e capacidades das pessoas, em que os enfermeiros têm uma intervenção decisiva, mostra-se uma teoria fundamental para a prática de Enfermagem (Santos et al., 2017).

A capacidade de autocuidado só é efetiva quando o indivíduo é capaz de desempenhar a atividade de autocuidado para manter, restabelecer ou melhorar a sua saúde e bem-estar. Assim, a capacidade que a pessoa apresenta para cuidar de si mesmo designa-se intervenção de autocuidado, por outro lado, a capacidade de cuidar dos outros é designada de intervenção de cuidados dependentes. Portanto, o objetivo desta teoria é ajudar as pessoas a satisfazerem as suas próprias exigências terapêuticas de autocuidado (Pereira et al., 2011; Santos et al., 2017).

As atividades de autocuidado possibilitam o alívio de sintomas e de complicações das doenças, redução do tempo de recuperação e da taxa de hospitalização e re-hospitalização. Constata-se ainda, que todos os seres humanos estão disponíveis para cuidar de si mesmos e dos seus familiares dependentes, apresentando potencial e capacidade de aprender a satisfazer as suas necessidades de autocuidado (Santos et al., 2017).

1.2.2. Teoria de défice de autocuidado

A teoria do défice de autocuidado integra a afirmação da necessidade de cuidados de enfermagem relativamente à incapacidade da pessoa em satisfazer os seus requisitos de autocuidado, ou seja, expressa a razão que leva um ser humano a necessitar da Enfermagem. As limitações identificadas para a execução do autocuidado pelas pessoas, estão associadas à subjetividade e limitações de ação, tornando possível a determinação do grau de inaptidão para a gestão dos seus cuidados ou dos seus dependentes (Pereira et al., 2011; Santos et al., 2017).

De acordo com a identificação das necessidades em autocuidado da pessoa, a ação profissional dos enfermeiros poderá realizar-se através de cinco métodos utilizados isoladamente ou em combinação: executar ou agir, substituindo-a naquilo que ela não é capaz de fazer; orientar e encaminhar; ensinar; dar apoio físico e psicológico; e criar e manter um ambiente propício ao desenvolvimento pessoal (Pereira et al., 2011; Queirós et al., 2014; Santos et al., 2017).

Assim sendo, esta teoria determina a necessidade da intervenção do enfermeiro quando as exigências de autocuidado são superiores à capacidade da pessoa para desenvolver esse mesmo autocuidado. O défice de autocuidado, apesar de ser um conceito abstrato, expresso em termos de limitações de ação, permite compreender o papel da pessoa no autocuidado e fornece orientações para a seleção das intervenções de enfermagem. É importante reter que poderá existir uma oscilação nas necessidades de autocuidado, nas capacidades autónomas da sua

satisfação e nas necessidades de apoio na presença de situações de transição, em que a pessoa não se consegue adaptar de forma favorável (Queirós et al., 2014).

1.2.3. Teoria de Sistemas de Enfermagem

A Teoria dos Sistemas de Enfermagem sugere que os cuidados de enfermagem são uma ação humana, pois estes são sistemas de ação concebidos e produzidos por enfermeiros através do exercício da sua prática com pessoas que apresentam limitações de autocuidado. Assim, baseia-se nas necessidades e capacidades dos utentes para a execução do autocuidado, determinando ou não a necessidade da intervenção de profissionais de Enfermagem (Pereira et al., 2011; Queirós et al., 2014).

Existem nesta teoria quatro conceitos principais: ser humano, saúde, sociedade e Enfermagem. Deste modo, para planear as suas intervenções, o enfermeiro discute com o utente o plano de ação, determinando-o em acordo com o mesmo, sustentando-se numa colheita de dados baseada no estado de saúde da pessoa, perspetiva da pessoa sobre sua saúde e exigências de autocuidado, entre outros (Pereira et al., 2011; Queirós et al., 2014).

Orem identifica então, três tipos de prática da ciência de Enfermagem nos sistemas de enfermagem, que são: 1) sistema totalmente compensatório, quando o enfermeiro substitui o indivíduo no autocuidado; 2) sistema parcialmente compensatório, quando o indivíduo apenas precisa do enfermeiro naquilo que ele não é capaz de realizar por si só; e 3) apoio-educativo, quando o indivíduo é capaz de realizar o autocuidado, embora necessite do enfermeiro para o ensinar e supervisionar na realização das ações (Queirós et al., 2014).

Para Orem existem três tipos de requisitos de autocuidado: universais; de desenvolvimento; e de desvio de saúde. Estes definem-se como os objetivos a serem alcançados através de ações de autocuidado realizadas pela pessoa ou por terceiros, correspondendo aos grupos de necessidades identificadas pela teórica (Queirós et al., 2014).

Os requisitos universais têm as suas origens naquilo que é conhecido sobre a integridade estrutural ou funcional humana em diversos estadios do ciclo vital, sendo comuns a todas as pessoas. Os requisitos de desenvolvimento são aqueles que promovem os processos de vida e maturação e previnem as condições prejudiciais que a possam dificultar. Os requisitos de desvio de saúde surgem para as pessoas que estão doentes ou lesionadas, incluindo defeitos ou incapacidades, e que se encontram sob um diagnóstico ou tratamento médico. As características dos desvios de saúde, enquanto situações que se prolongam no tempo, determinam quais as

necessidades de cuidado que as pessoas sentem enquanto vivem o processo de doença (Queirós et al., 2014).

1.2.4. Processo de Enfermagem de Dorothea Orem

Para Orem, o processo de enfermagem é um sistema que permite diagnosticar a necessidade de cuidados, fazer um planeamento e intervir. O método para conduzir este processo obedece aos seguintes critérios: determinação dos requisitos de autocuidado; determinação da competência para o autocuidado; determinação da necessidade terapêutica; mobilização das competências do enfermeiro; e o planeamento da assistência nos sistemas de enfermagem (Queirós et al., 2014).

A pertinência da teoria de Dorothea Orem está no seu âmbito, complexidade e utilidade clínica, na capacidade de gerar hipóteses e por acrescentar conhecimento à profissão de Enfermagem. Tem-se revelado igualmente útil na criação de currículos para a formação de enfermeiros no âmbito académico, assim como na conceção de orientações para a gestão/administração em enfermagem e para a melhoria da qualidade de cuidados (Lista et al., 2017; Santos et al., 2017).

2. APRECIACÃO DO CONTEXTO

O Estágio Final foi realizado em duas unidades de saúde distintas. Durante 10 semanas foi realizado na UAVC e as restantes 6 semanas na UCCP. O presente capítulo tem por objetivo descrever o contexto em que foi realizado o Estágio Final e aspetos pertinentes referentes a cada unidade.

2.1. UNIDADE DE ACIDENTES VASCULARES CEREBRAIS

Nas UAVC são prestados cuidados aos doentes com AVC provenientes de uma área geograficamente bem definida. Estas têm como objetivos: iniciar precocemente o tratamento e a neuro-reabilitação; prevenir o agravamento do AVC; identificar fatores de risco; implementar medidas preventivas de recorrência e de complicações; tratar comorbilidades e desenvolver um plano de alta, bem como programar os seguimentos adequados (Direção Geral de Saúde [DGS], 2017; Oliveira, 2012).

A Via Verde de AVC é uma rede desenvolvida com o intuito de promover uma resposta célere a todos os doentes com AVC, bem como para promover a acessibilidade de toda a população portuguesa com AVC ao tratamento adequado. Deste modo as várias UAVC do país articulam em rede de forma a dar resposta às situações de AVC identificadas. Contudo é da responsabilidade de cada Administração Regional de Saúde [ARS] a organização desta rede de UAVC e respetiva Via Verde (DGS, 2017; Oliveira, 2012).

A UAVC onde foi realizado o Estágio Final, no período entre 19 de setembro de 2022 e 25 de novembro de 2022, encontra-se inserida num Hospital Central da área metropolitana de Lisboa e recebe cerca de 800 a 900 doentes por ano, maioritariamente com diagnóstico de AVC isquémico e provenientes da Via Verde de AVC. O tempo médio de internamento é de cerca de 2,5 dias, sendo transferidos, na sua maioria, para os serviços de Medicina dos Hospitais da área de residência para continuidade de cuidados. Existem ainda internamentos eletivos, cerca de 15% dos internamentos por ano, para colocação de *stent* e tratamento de fístulas arteriovenosas e malformações arteriovenosas.

O serviço tem disponível 9 camas de internamento distribuídas por 3 quartos e existe apenas uma casa de banho para utilização dos doentes. Tem ainda disponível uma sala de multiusos, onde por vezes se realizam sessões de enfermagem de reabilitação. A equipa multidisciplinar é composta por: 8 médicos; 22 enfermeiros, dos quais 5 são EEER; e 7 assistentes operacionais. Os rácios por turno são: 4 enfermeiros no turno da manhã e 3 enfermeiros no turno da tarde e da noite.

2.2. UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS E PALIATIVOS

A continuidade de cuidados consiste numa política social e de saúde com vista à prestação de cuidados de pessoas com diferentes necessidades, de forma estruturada e ininterrupta, através da participação de diferentes prestadores de cuidados. Representa um direito dos cidadãos e tem um impacto significativo na otimização do processo saúde-doença de pessoas com doença crónica e com necessidade de uma abordagem multiprofissional em ambientes adequados para a obtenção de ganhos em saúde significativos. Para isto, deverá existir uma articulação eficaz entre diferentes instituições com o intuito de rentabilizar recursos e reduzir os custos de saúde (Mendes et al., 2017; Rodrigues, 2021).

Os Cuidados Paliativos são cuidados de saúde holísticos, ativos, necessários para as pessoas de todas as idades em sofrimento por qualquer tipo de patologia e das suas famílias e que se inserem em qualquer contexto de cuidados. Devem ser aplicados precocemente no curso das doenças crónicas, complexas ou limitantes da vida, juntamente com terapias potencialmente curativas, ao longo de todo o ciclo de vida. Têm como principais objetivos: melhorar a qualidade de vida; aliviar o sofrimento; tratar a dor e de outros sintomas físicos, psicológicos, sociais ou espirituais (Comissão Nacional de Cuidados Paliativos [CNCP], 2021).

A UCCP onde foi realizado o Estágio Final no período de 28 de novembro de 2022 e 20 de janeiro de 2023, encontra-se num Hospital Particular da área metropolitana de Lisboa e tem capacidade para 46 doentes. Tem 16 quartos duplos e 14 quartos individuais, cada quarto com casa de banho privativa. Existe ainda um ginásio utilizado por diferentes profissionais de saúde, dos quais se destacam os EEER e fisioterapeutas, para o processo de reabilitação dos doentes. Existem 3 EEER no serviço, contudo não estando distribuídos apenas para a prestação de cuidados especializados, verifica-se alguma dificuldade nessa intervenção de enfermagem de Reabilitação e obtenção dos resultados esperados.

Os objetivos da UCCP quanto à prestação de cuidados são a promoção do conforto, da dignidade e da qualidade de vida dos doentes e dos seus familiares, centrando-se em todos os níveis de necessidades dos doentes. As patologias dos doentes internados nesta unidade são variadas: doenças oncológicas; patologias degenerativas; insuficiências orgânicas avançadas; demências avançadas; sequelas de AVC; doentes pós-acidentes de viação; doenças neuromusculares; fibrose quística; doenças reumatismais incapacitantes.

3. A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO À PESSOA COM DEGLUTIÇÃO COMPROMETIDA

3.1. ANATOMIA DA DEGLUTIÇÃO

Segundo a CIPE (2019), o foco Deglutir é definido como a passagem dos líquidos e dos alimentos fragmentados, pelo movimento da língua e dos músculos, da boca para o estômago através da orofaringe e esófago. Segundo Matsuo & Palmer (2008), comer e deglutir são comportamentos complexos que são executadas de forma consciente, mas também como reflexo inato e que envolvem mais de 30 nervos e músculos.

O processo de alimentação inicia-se na cavidade oral. É essencial existir mastigação com o objetivo de formar o bolo alimentar, passível de ser deglutido. Desta forma os músculos da face e da mastigação são responsáveis por todos os movimentos que permitem este processo (Cugy et al., 2018; Matsuo & Palmer, 2008).

Os músculos da face são responsáveis pela mímica, expressão do olhar, e pelas ações relativas à visão, alimentação e fonação. São músculos inervados pelo nervo facial e são os seguintes: músculo orbicular da boca; músculo bucinador, responsável pela propulsão do bolo alimentar em direção posterior e pela expulsão do ar da cavidade oral; músculo levantador do lábio e da asa do nariz; músculo levantador do ângulo da boca; músculos zigomáticos maior e menor; músculo risório, tem a função de elevar o lábio superior e separar as comissuras; músculo abaixador do ângulo da boca, responsável pela demonstração de tristeza; músculo abaixador do lábio inferior; e músculo mental (Jotz et al., 2009a).

Os músculos da mastigação mobilizam a mandíbula no sentido cefalocaudal e lateralmente. Fazem parte deste grupo os seguintes: músculo temporal, movimenta a mandíbula nos processos fonatórios, na oclusão rápida da cavidade oral e na retração da mandíbula; músculo masséter, grande responsável pela oclusão da cavidade oral; músculo pterigóideo lateral, responsável pelo movimento da mandíbula em sentido anterior e lateral; e músculo pterigóideo medial, responsável pela oclusão da cavidade oral (Jotz et al., 2009a).

É necessário que a cavidade oral consiga selar os alimentos, durante a colocação dos líquidos na boca e durante a mastigação dos sólidos. Anteriormente, a cavidade oral é delimitada pelos lábios, gengivas e arcadas dentárias superior e inferior, lateralmente é delimitada pelos músculos bucinadores e masséter, revestidos de mucosa, superiormente é delimitada pelo palato mole e pelo palato duro; inferiormente é delimitada pelo pavimento oral e pelos 2/3 anteriores da língua; posteriormente existe o istmo faríngeo ou seja a transição entre

a cavidade oral e a faringe que oclui, delimitando posteriormente a cavidade oral, através da elevação da base da língua em contacto com o palato mole (Jotz et al., 2009a; Matsuo & Palmer, 2008).

A faringe encontra-se dividida em três partes: nasofaringe, orofaringe e hipofaringe e a sua inervação é realizada por três tipos de nervos, sensitivo – nervo trigémeo – motores – nervo vago e nervo glossofaríngeo – e autonómico – plexo faríngeo. A porção oral da faringe é a extensão posterior da cavidade oral e tem como limites os pilares anteriores e a parede posterior da faringe, inferiormente encontra-se a valécula que é um espaço entre a base da língua e a epiglote que tem como função a acumulação da saliva da superfície da língua. A hipofaringe é a porção mais longa da faringe, inicia-se ao nível do osso hioide e estende-se até ao músculo cricofaríngeo. A hipofaringe comunica anteriormente com a laringe, superiormente com a orofaringe e inferiormente com o esófago e com a prega ariepiglótica (Jotz et al., 2009a).

A epiglote é uma estrutura em forma de folha que funciona como uma válvula com função de proteção das vias aéreas inferiores durante a deglutição. Localiza-se posteriormente ao osso hioide e a sua porção caudal desloca-se no sentido posterior ocluindo verticalmente a via aérea (Jotz et al., 2009a).

O esófago é um tubo muscular com cerca de 25 a 30 centímetros de comprimento e com 1,5 a 1,9 centímetros de diâmetro. Inicia-se na face inferior do musculo constritor inferior da faringe, sensivelmente ao nível da 6ª ou 7ª vertebra cervical, apresenta duas inflexões concavas uma para a direita e outra para a esquerda e estende-se até ao esfíncter esofágico inferior – cárdia, ao nível da 10ª ou 11ª vertebra torácica. A inervação é essencialmente motora e apresenta um sistema parassimpático e um sistema simpático. O principal nervo responsável pelas funções do esófago é o nervo vago, contudo na porção abdominal ainda é innervado por ramos dos nervos esplénicos (Jotz et al., 2009a).

No que concerne ao controlo neurológico da deglutição, existem 4 pares de nervos cranianos responsáveis pela transmissão da informação aferente sobre o paladar e a sensibilidade, são esses o trigémeo, facial, glossofaríngeo e vago; e 5 pares de nervos cranianos responsáveis pelo controlo eferente das fases oral e faríngea da deglutição, são eles os quatro anteriores e ainda o nervo hipoglosso. A fase esofágica é coordenada pelo tronco encefálico pelos sistemas simpático e parassimpático através dos nervos extrínsecos do esófago. O XI par craniano: espinhal acessório também pode participar na deglutição em determinadas situações (Bleeckx, 2004; Cugy et al., 2018; Estrela et al., 2009a; Matsuo & Palmer, 2008).

O nervo trigémeo (V par craniano) tem o seu núcleo motor na ponte cerebral, e é composto por 3 ramos que se distribuem pela face e crânio, são eles o ramo oftálmico, o ramo maxilar e o ramo mandibular, os dois últimos são envolvidos na sensibilidade e motricidade inerentes ao processo de deglutição. O ramo maxilar é responsável pela sensação térmica, tátil e dolorosa da mucosa da nasofaringe, palatos mole e duro, gengiva e arcada dentária superior e amígdalas. O ramo mandibular é responsável pela sensação térmica, tátil e dolorosa dos 2/3 anteriores da língua, da mucosa jugal, do pavimento oral, da gengiva e arcada dentária inferior, da articulação temporomandibular, pele do lábio inferior e região mandibular e é responsável pela motricidade dos músculos temporal, masséter, pterigóideos lateral e medial, milohioideo e ventre anterior do digástrico (Bleeckx, 2004; Estrela et al., 2009a).

O nervo facial (VII par craniano) tem o seu núcleo localizado na parte ventero-lateral da ponte cerebral, as suas fibras motoras inervam os músculos responsáveis pela mímica facial e as fibras eferentes viscerais inervam as glândulas salivares submandibular, sublinguais, glândulas lacrimais e mucosas oral e nasal. A porção superior do núcleo facial recebe fibras de ambos os hemisférios enquanto a porção inferior recebe apenas de um. Divide-se em diversos ramos: frontal, orbicular, zigomático-facial, marginal mandibular, marginal cervical, estilo-hioideo e digástrico. Os quatro primeiros ramos são responsáveis pelos músculos da mímica facial, os ramos marginais mandibular e cervical são responsáveis pelo músculo platisma, o ramo estilo-hioideo é responsável pelo músculo com o mesmo nome e o último ramo supracitado é responsável pelo ventre posterior do músculo digástrico. O ramo marginal mandibular divide-se por sua vez em superior e inferior. O superior inerva o músculo orbicular da boca importante na contenção oral do bolo alimentar, e o músculo levantador da boca que eleva o angulo oral e comprime os lábios; o ramo inferior inerva o músculo orbicular inferior e o músculo bucinador que aplanas as bochechas e mantém o alimento em contacto com os dentes. O nervo facial é ainda responsável pelo paladar dos 2/3 anteriores da língua (Bleeckx, 2004; Estrela et al., 2009a).

O nervo glossofaríngeo (IX par craniano) é responsável pela sensibilidade térmica e dolorosa da faringe, mucosa da orofaringe, amígdalas e 1/3 posterior da língua e ainda pelo paladar no 1/3 posterior da língua. Inerva apenas o músculo estilofaríngeo que, ao contrair, eleva e dilata a faringe, é, portanto, bastante importante para uma deglutição segura. Também é este par craniano que fornece os impulsos secretomotores às glândulas parótidas e é responsável pelo reflexo de vômito. Os seus ramos faríngeos, juntamente com o ramo faríngeo

do X par e os ramos laringofaríngeos do tronco simpático formam o plexo faríngeo (Bleeckx, 2004; Estrela et al., 2009a).

O nervo vago (X par craniano) é o mais extenso de todos os pares cranianos, encontrando-se presente no pescoço, tórax e abdómen. Apresenta quatro núcleos no bulbo: núcleo dorsal, núcleo ambíguo, núcleo do trato solitário e parte do núcleo do trigémeo. O núcleo sensorial bulbar do vago responsável pela deglutição é o núcleo do trato solitário, existindo vários ramos responsáveis pela transmissão da sensibilidade. O ramo faríngeo é responsável pela mucosa do palato mole e os músculos constritores superiores e médios da faringe; o ramo interno do nervo laríngeo pela mucosa da hipofaringe, epiglote, porção superior da laringe, pregas ariepiglóticas e terço posterior da língua; o nervo laríngeo recorrente é responsável pela mucosa da porção inferior da laringe, músculos constritores inferiores e esófago; e o ramo esofágico é responsável pela mucosa e musculatura estriada do esófago são inervadas pelo ramo esofágico. Por outro lado, o núcleo ambíguo é o local a partir do qual surgem os três ramos eferentes do nervo vago (ramo faríngeo, laríngeo recorrente e ramo interno do nervo laríngeo superior) e onde são emitidos os impulsos motores para os músculos do palato mole, para a faringe e a laringe. Tem um papel preponderante na fonação e na deglutição (Bleeckx, 2004; Estrela et al., 2009a).

O nervo hipoglosso (XII par craniano) é motor para todos os músculos da língua com exceção do músculo palatoglosso. Os quatro pares de músculos intrínsecos da língua são inervados pelo nervo hipoglosso: o músculo longitudinal superior encurta a língua e permite a elevação do ápice e das margens laterais, o músculo longitudinal inferior encurta a língua e realiza o movimento inferior do ápice; o músculo transverso, estreita e alonga a língua e o músculo vertical aplanar e alarga a língua. O nervo hipoglosso é ainda responsável por alguns músculos extrínsecos da língua que realizam importantes movimentos para uma deglutição eficaz e segura. O músculo hioglosso, retrai e deprime a língua quando o osso hioide se encontra fixo, por outro lado, durante a deglutição, quando a língua está fixa, eleva o osso hioide. As diferentes fibras do músculo genioglosso permitem que a língua forme um canal no dorso da língua facilitando o transporte do bolo alimentar durante a deglutição. O músculo estiloglosso deprime e eleva a língua. O músculo genio-hioideo eleva e anterioriza o osso hioide e o músculo tireohioideo eleva a cartilagem tiroideia até ao osso hioide (Bleeckx, 2004; Estrela et al., 2009a).

O nervo espinhal acessório (XI par craniano) é composto pelo ramo interno e pelo ramo externo. O ramo interno é responsável pela inervação dos músculos do palato mole com exceção do tensor do véu palatino. O ramo externo é responsável principalmente pela inervação do

musculo esternocleidomastóideo e músculo trapézio, pelo que, se considera que em pessoas saudáveis terá pouca participação na deglutição, contudo em pessoas que apresentem deglutição comprometida, poderá ser importante pela função postural destes músculos (Bleeckx, 2004; Estrela et al., 2009a).

3.2. FISILOGIA DA DEGLUTIÇÃO

O ato de deglutir ocorre cerca de 600 vezes por dia num homem adulto saudável. Existem diversos modelos que dividem a deglutição em fases, contudo aquele que foi considerado mais completo foi o modelo que divide a deglutição em quatro fases: oral preparatória, oral, faríngea e esofágica. A escolha deste modelo prendeu-se principalmente pelo facto de a fase oral se encontrar dividida em duas fases, a de preparação do bolo alimentar e a de propulsão do bolo alimentar iniciando-se a fase faríngea, sendo estes processos tão diferentes, considera-se importante a distinção (Jotz & Dornelles, 2009; Matsuo & Palmer, 2008).

A fase oral preparatória é a fase em que se inicia a deglutição, é quando o alimento é colocado na cavidade oral e preparado para a deglutição, sendo que o tempo de duração desta fase depende se se trata de um líquido ou de um sólido. No caso dos líquidos a fase oral preparatória não dura mais que um segundo, enquanto no caso dos sólidos é necessário proceder-se à mastigação com o intuito de formar um bolo alimentar que facilite a sua condução ao longo da faringe e esófago (Jotz & Dornelles, 2009; Matsuo & Palmer, 2008).

Ao colocarmos um líquido na cavidade oral, este fica em repouso na porção anterior do pavimento oral e/ou na superfície da língua contra o palato duro, ficando cercado anteriormente pela arcada dentária superior e, posteriormente, pelo contacto da língua com o palato mole. Este posicionamento das estruturas da cavidade oral impede que exista fuga de líquido para a faringe, que poderia resultar em microaspirações. O envelhecimento poderá diminuir a capacidade das estruturas para reter os líquidos dentro da cavidade oral antes da deglutição (Jotz & Dornelles, 2009; Matsuo & Palmer, 2008).

Quando alimentos sólidos são colocados na boca são transportados, através de múltiplas rotações laterais da língua, até aos dentes posteriores aos caninos de forma a serem processados. Este processamento ocorre através da formação de partículas menores de alimento, após a mastigação e através da salivação que acaba por amolecer os alimentos e formar um bolo alimentar com textura adequada para a deglutição. Existe um movimento coordenado e cíclico da mandíbula, língua, bochechas, palato mole e osso hioide. Ao contrário da ingestão de

líquidos, não existe oclusão posterior da cavidade oral o que permite a passagem de alimentos já devidamente preparados para a faringe enquanto o processo de mastigação, do restante alimento, ainda se encontra a decorrer, ou seja, é possível ocorrer a fase oral preparatória e fase oral em simultâneo durante a ingestão de alimentos sólidos (Matsuo & Palmer, 2008).

Assim sendo, quando parte do alimento se encontra preparado para a deglutição, existe uma elevação da língua de anterior para posterior empurrando o bolo alimentar contra o palato e até à orofaringe. Através de movimentos coordenados, que permitem a continuação da mastigação se ainda existir alimento na cavidade oral, o bolo alimentar acumula-se na superfície faríngea da língua e na valécula e poderá permanecer durante uma fração de segundo até cerca de 10 segundos, enquanto ainda há alimento a ser mastigado, e só posteriormente se inicia a fase faríngea (Matsuo & Palmer, 2008).

Também no caso dos líquidos, durante a fase oral, existe então elevação do ápice da língua atingindo o palato duro na porção posterior à arcada dentária superior, enquanto a porção posterior da língua desce permitindo abertura posterior da cavidade oral. A superfície da língua move-se em sentido superior gradualmente, aumentando a área de contacto língua-palato de anterior para posterior e impulsionando o líquido neste sentido até à faringe. Na ingestão de líquidos habitualmente a fase faríngea inicia-se ainda nesta fase. A fase oral é a última fase voluntária da deglutição (Jotz & Dornelles, 2009; Matsuo & Palmer, 2008).

A terceira fase da deglutição, a faríngea, é uma atividade sequencial rápida que tem dois objetivos biológicos: a passagem de alimentos pela faringe até ao esófago e a proteção da via aérea. Durante esta fase, o palato mole eleva-se e entra em contacto com as paredes posterior e laterais da faringe, ocluindo a nasofaringe simultaneamente à passagem do bolo alimentar para a faringe, impedindo o refluxo nasal; a porção posterior da língua retrai empurrando o bolo alimentar contra as paredes da faringe; os músculos constritores faríngeos contraem sequencialmente em sentido caudal empurrando o bolo alimentar; a faringe também encurta de tamanho diminuindo o volume da cavidade faríngea (Jotz & Dornelles, 2009; Matsuo & Palmer, 2008).

A abertura do esfíncter esofágico superior é essencial para saída do bolo alimentar da faringe e passagem para o esófago. Em repouso este esfíncter encontra-se encerrado e para a sua abertura existem 3 fatores preponderantes: relaxamento do musculo cricofaríngeo; contração dos músculos suprahioideo e tireohioideo; e a pressão do bolo alimentar que assiste na abertura do esfíncter (Jotz & Dornelles, 2009; Matsuo & Palmer, 2008).

A devida proteção da via aérea é essencial para a deglutição humana, deste modo o nosso organismo apresenta diversos mecanismos de proteção da passagem de alimentos ou objetos estranhos para a traqueia: as cordas vocais ocluem a glote e as aritenoides inclinam-se anteriormente entrando em contacto com a epiglote, previamente à abertura do esfíncter esofágico superior; o osso hioide e a laringe elevam-se, comprimindo a laringe sob a base da língua; e a epiglote inclina-se posteriormente para encerrar o vestíbulo laríngeo (Jotz & Dornelles, 2009; Matsuo & Palmer, 2008).

Para além destes mecanismos de proteção da via aérea, existe ainda uma importante e eficaz coordenação entre comer, deglutir e respirar. A respiração é interrompida durante a deglutição, não só pela oclusão da via aérea, mas também por uma supressão neural da respiração no tronco cerebral. Ao deglutir líquidos, geralmente a deglutição inicia-se na fase expiratória e a pausa dura entre 0,5 e 1,5 segundos e a respiração é retomada com uma expiração, sendo este um mecanismo que evita a aspiração de alimentos que poderão ter permanecido na faringe. Porém quando se bebem vários goles de líquido seguidos a respiração poderá retomar através de uma inspiração. Ao comer alimentos sólidos o ritmo respiratório é alterado, diminuindo durante a mastigação, também se mantém o ciclo “expiração-deglutição-expiração”, contudo a pausa respiratória é superior (Matsuo & Palmer, 2008).

Por fim, a fase esofágica, consiste na passagem do bolo alimentar desde a entrada no esófago através do esfíncter esofágico superior até à entrada no estômago através da passagem pelo esfíncter esofágico inferior. Assim que o bolo alimentar entra no esófago inicia-se uma onda peristáltica que direciona o bolo alimentar até ao estômago, esta onda peristáltica é composta pela combinação de dois momentos diferentes, um momento de relaxamento que acomoda o bolo alimentar e um momento de contração que o propuliona em sentido descendente. Esta fase apresenta o contributo da gravidade (Jotz & Dornelles, 2009; Matsuo & Palmer, 2008).

3.3. DEGLUTIÇÃO COMPROMETIDA

A deglutição comprometida pode ser o resultado de várias doenças ou distúrbios. A disfagia consiste então em qualquer problema que exista desde que os alimentos são introduzidos na cavidade oral até que cheguem ao estômago. Esta poderá provocar várias complicações como desnutrição, desidratação, pneumonia ou bloqueio das vias aéreas (Matsuo & Palmer, 2008).

O envelhecimento causa alterações tanto morfológicas como fisiológicas que poderão comprometer várias AVD tal como a alimentação. O risco de disfagia é superior em idosos não só pelo fator envelhecimento, mas também devido ao aparecimento de algumas doenças comuns desta faixa etária como demência, AVC, doenças neuromusculares entre outros (Estrela, et al., 2009b; Silva, 2020).

Deste modo poderão surgir várias alterações nas diferentes fases da deglutição: a fase oral poderá durar mais tempo devido a alterações na língua que provocam a diminuição da sua mobilidade e força de propulsão do bolo alimentar; alteração do olfato e do paladar; dificuldade na oclusão dos lábios, permitindo a fuga de alimentos; diminuição da produção de saliva; diminuição do tecido conjuntivo na musculatura supra e infra-hioideia resultando numa redução da oclusão das vias aéreas e diminuição do diâmetro de abertura do esfíncter esofágico superior; diminuição da sensibilidade laringofaríngea diminuindo as respostas involuntárias durante a deglutição; aumento da dilatação esofágica; aumento da duração da fase esofágica; aumento do período de relaxamento do esfíncter esofágico superior, aumentando o risco de refluxo (Estrela et al., 2009b).

Podemos ainda dividir as alterações da deglutição em três grupos: alterações do nível de consciência; alterações anatómicas como alterações congénitas das estruturas intervenientes na deglutição, presença de neoplasias, alterações anatómicas pós-cirúrgicas, alteração das arcadas dentárias, presença de mucosite, entre outras; e as alterações funcionais como alterações ao nível do sistema nervoso central e/ou periférico, alterações da força muscular das estruturas intervenientes na deglutição, diminuição da produção de saliva, entre outros (Bleeckx, 2004; Jotz et al., 2009b; Matsuo & Palmer, 2008; Silva, 2020).

3.4. AVALIAÇÃO DA DEGLUTIÇÃO ATRAVÉS DA *GUGGING SWALLOWING SCALE*

A correta avaliação da deglutição é essencial para a segurança na alimentação dos doentes, pois permite determinar se existem alterações na deglutição, que tipo de consistência é a mais adequada para cada doente, permitindo a individualização dos cuidados e ainda a identificação de doentes que não tenham capacidade de se alimentar por via oral, existindo necessidade de administração de alimentação por via enteral ou parentérica.

A Escala de *GUGGING SWALLOWING SCALE* [GUSS] é a escala recomendada pela Ordem dos Enfermeiros [OE] na avaliação da deglutição e poderá ser consultada no Anexo I.

Foi inicialmente desenvolvida para a aplicação em doentes pós AVC, contudo apresenta aplicabilidade para a generalidade da população, exceto população pediátrica. Apresenta uma fácil aplicabilidade, avalia o grau de disfagia, fornece recomendações nutricionais e ainda identifica em tempo útil o risco de aspiração (Oliveira et al., 2021; Trapl et al., 2007).

Divide-se em duas fases: teste indireto da deglutição e teste direto da deglutição, que se divide ainda em 3 testes. É atribuída uma pontuação de 0 a 5 em cada subteste podendo alcançar uma pontuação máxima de 20 pontos, uma pontuação mais elevada determina um melhor desempenho. Se for obtida uma pontuação inferior a 5 em algum subteste não se pode prosseguir para o teste seguinte e deverá ser realizada investigação posterior de forma a determinar quais os fatores que contribuem para a deglutição comprometida, com o objetivo de determinar o plano terapêutico (Oliveira et al., 2021; Trapl et al., 2007).

Os critérios de avaliação utilizados no teste indireto são: vigilância, tosse voluntária, deglutição da saliva, sialorreia e alterações da voz. E os critérios de avaliação utilizados no teste direto são: deglutição, tosse involuntária, sialorreia e alterações da voz. Um estado de vigilância é essencial para a avaliação da deglutição ser realizada de forma segura. A deglutição é avaliada através da observação da elevação efetiva da laringe. As alterações na voz podem ser determinadas pela verificação de hipofonia ou disfonia ou então por apresentar uma voz molhada após a deglutição. A Sialorreia é avaliada através da fuga de saliva, sendo um critério de fácil aplicabilidade. Uma tosse voluntária fraca ou ineficaz assim como a presença de tosse involuntária antes, durante ou após a deglutição são sinais de risco de aspiração (Oliveira et al., 2021; Trapl et al., 2007).

Para se iniciar o teste indireto da deglutição o doente deverá estar sentado, ou com cabeceira a 60° se permanecer no leito. Deve-se então avaliar o estado de vigilância do doente, sendo que para progredir no teste deverá permanecer vígil durante pelo menos 15 minutos. Posto isto procede-se à avaliação da tosse voluntária ou pigarrear e à avaliação deglutição da saliva. Caso o doente apresente xerostomia deve-se proceder à aplicação de saliva artificial (Oliveira et al., 2021; Trapl et al., 2007).

Como referido anteriormente, o teste direto da deglutição divide-se em três subtestes sequenciais iniciando-se com uma textura semissólida, passando para o líquido e por fim para o sólido. No teste de semissólido, deverá aplicar-se espessante em água até atingir uma textura de pudim e administrar-se meia colher de chá ao doente, seguidas de mais quatro meias colheres

de chá, se demonstrar algum dos sintomas de aspiração, referidos anteriormente deverá interromper-se o teste (Oliveira et al., 2021; Trapl et al., 2007).

Quando se inicia o teste com o líquido deverão ser fornecidos 3ml de água numa colher e deve ser realizada uma observação atenta durante esta primeira deglutição. Se for realizada com sucesso deverão ser fornecidos sucessivamente 5, 10 e 20ml de água. Por fim, deverá ser fornecido um copo com 50ml de água, o doente deverá beber à velocidade que se encontrar adequada para si. Observar sempre se existem evidências de aspiração (Oliveira et al., 2021; Trapl et al., 2007).

A aplicação do teste sólido deverá ser realizada com uma porção de pão seco com 1,5cmx1,5cm. São realizadas cinco repetições e o doente terá cerca de 10 segundos para a deglutição de cada pedaço de pão de forma que seja considerada uma deglutição adequada (Oliveira et al., 2021; Trapl et al., 2007).

A avaliação da severidade da disfagia e as recomendações nutricionais são determinadas pela pontuação total obtida no final da aplicação da escala de GUSS. Deve-se também recorrer à equipa multidisciplinar, com o objetivo de obter uma resposta complexa e individualizada para cada pessoa (Oliveira et al., 2021; Trapl et al., 2007).

3.5. CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO À PESSOA COM DEGLUTIÇÃO COMPROMETIDA

Segundo a OE (2019b), é função do EEER conceber, implementar e monitorizar planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, com base nos problemas reais e potências das pessoas, pois o seu nível de conhecimentos e competências permitem diagnosticar precocemente e determinar ações preventivas de enfermagem de reabilitação, assegurando a manutenção das capacidades funcionais da pessoa, a prevenção de complicações e o aparecimento de incapacidades, bem como melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas atividades de vida e minimizar o impacto das incapacidades instaladas. De seguida encontram-se vários tipos de intervenções do EEER para a pessoa com deglutição comprometida, encontrando-se divididas em três grupos: Estratégias Compensatórias Posturais; Estratégias Compensatórias Sensoriais; e Técnicas de Deglutição e de Fortalecimento Muscular.

3.5.1. Estratégias Compensatórias Posturais

As estratégias compensatórias posturais, consistem em técnicas de posicionamento do corpo ou de determinadas estruturas que permitem uma deglutição apropriada e segura.

Portanto o doente deve ser sempre corretamente posicionado para o momento de alimentação independentemente de se encontrar no leito ou numa cadeira, promovendo o correto alinhamento corporal. Quando na cadeira os pés devem encontrar-se apoiados no chão, ou apoio de pés, a região lombar deve estar em contacto com as costas da cadeira e a pélvis deve permanecer em posição neutra. Deve sempre privilegiar-se o momento de alimentação na cadeira por apresentar maior segurança para o doente. Quando isto não é possível a cabeceira da cama deverá estar entre os 60-80° e deverá manter-se uma vigilância continua por possível necessidade de nova correção postural (Araújo et al., 2021; Pierpoint & Pillay, 2020).

O posicionamento de **flexão anterior do pescoço** é indicado quando existe atraso na deglutição faríngea ou diminuição da oclusão laríngea, promovendo assim a diminuição do risco de aspiração por acumular o alimento nos espaços valeculares em vez de ser logo direcionado para as vias aéreas e por direcionar o bolo alimentar mais posteriormente. A **extensão anterior do pescoço** é aconselhada para pessoas que tenham dificuldade em direcionar o bolo alimentar da cavidade oral para a faringe, atuando pela ação da gravidade, contudo apresenta um grande risco de aspiração pelo que não deverá ser utilizada sem assegurar todas as medidas de segurança. A **rotação do pescoço para o lado afetado** é indicada para pessoas que tenham alterações musculares unilaterais, deste modo o alimento será direcionado para o lado não afetado e facilitará a mobilização do bolo alimentar. A **inclinação da cabeça para o lado não afetado** é utilizada muitas vezes nas alterações unilaterais da cavidade oral, permitindo que o bolo alimentar se direcione para o lado não afetado por ação da gravidade acabando por promover uma maior facilidade na mobilização do bolo alimentar dentro da mesma e no direcionamento para a faringe. Todas estas estratégias podem ser associadas dependendo das alterações que os doentes apresentem (Araújo et al., 2021; Jotz et al., 2009b).

3.5.2. Estratégias Compensatórias Sensoriais

As estratégias compensatórias sensoriais são bastante eficazes em pessoas com atraso no reflexo da deglutição, facilitando a fase oral preparatória e a fase oral, sendo também eficazes, em alguns casos, na diminuição da duração da fase faríngea. Estas estratégias consistem na alteração do volume, temperatura, consistência e acidez dos alimentos fornecidos, alteração dos utensílios utilizados de modo a encontrar aquele que se demonstra mais eficaz na deglutição de determinados alimentos e líquidos; e por fim poderá ainda proceder-se à estimulação sensorial da cavidade oral através da aplicação de cubos de gelo ou materiais de diferentes texturas de anterior para posterior nas várias estruturas da cavidade oral (Araújo et al., 2021; Cugy et al., 2018; Jotz et al., 2009b).

3.5.3. Técnicas de deglutição e de Fortalecimento Muscular

A **Manobra de Mendelsohn** consiste na elevação da laringe através da aplicação de dois dedos pelo EEER na região cervical laríngea durante o momento da deglutição, provocando um prolongamento voluntário da laringe e que permite uma maior abertura do esfíncter esofágico superior e consequentemente uma maior passagem do bolo alimentar. Para além disto a realização desta manobra como técnica de reabilitação, apresenta contributos para a melhoria da fisiologia da deglutição com o aumento da duração do movimento axilar anterior e superior do osso hioide e o aumento da duração da abertura do esfíncter esofágico superior. Segundo a literatura estes exercícios deverão ser realizados durante 30 a 45 minutos pelo menos 6 vezes por semana (Bleeckx, 2004; Jotz et al., 2009b; Matos et al., 2021; Pierpoint & Pillay, 2020).

A **Manobra supraglótica** consiste numa sequência de inspiração, deglutição e expiração ou tosse forçada. Esta manobra melhora a oclusão das vias aéreas reduzindo a possibilidade de aspiração. Deverão ser realizadas pelo menos 10 repetições em ciclos de 3 séries (Araújo et al., 2021; Bleeckx, 2004; Jotz et al., 2009b).

Na **Manobra supersupraglótica** o procedimento é idêntico à técnica anterior, contudo a pessoa é instruída a manter o abdómen contraído após a inspiração até chegar à fase em que deve expirar ou tossir. Tem os mesmos objetivos que a manobra supraglótica e deverá ser realizado com o mesmo numero de repetições e séries (Araújo et al., 2021; Jotz et al., 2009b).

A **Manobra de Shaker** é realizada com o doente em decúbito dorsal sem almofada debaixo da cabeça, este deverá ser instruído a elevar ao máximo a cabeça sem que os ombros se elevem e permanecer nesta posição por 60 segundos descansando outros 60 segundos, intercalado com 30 elevações da cabeça sem a pausa durante a elevação, estes movimentos devem ser realizados de forma lenta de modo a produzir maior resistência, deverão ser realizados pelo menos 3 ciclos (Jotz et al., 2009b; Matos et al., 2021).

A **Manobra de deglutição forçada** o doente será instruído a deglutir com o máximo de força possível por forma a aumentar o tónus de todos os músculos envolvidos neste processo. O EEER poderá colocar a mão na região anterior do pescoço enquanto o doente deglute de modo a avaliar a eficácia da intervenção. Esta manobra deverá ser realizada por 10 repetições em séries de 3 ciclos (Bleeckx, 2004).

Por fim a **Manobra de Masako** aumenta a mobilidade da parede posterior da faringe, evitando a estase alimentar, aumentando o tempo de elevação da faringe e protegendo as vias aéreas inferiores. O doente com alimento na boca deverá colocar a língua entre os dentes e então

deglutir. Doentes que não apresentem dentição poderão realizar este exercício com auxílio do EEER, sendo que deverá segurar o ápice da língua do doente com uma compressa, o restante exercício é realizado da mesma forma. Esta técnica será realizada com a máxima cautela por aumentar o número de resíduos na valécula, diminuir a mobilidade da base da língua e atrasar o tempo de deglutição faríngeo, podendo provocar um maior risco de aspiração (Araújo et al., 2021; Jotz et al., 2009b).

Existem vários exercícios isométricos, isotónicos e isocinéticos que podem aumentar a amplitude de movimento e o fortalecimento muscular das estruturas que participam na deglutição. Relativamente à **língua** podem ser realizados movimentos antero-posteriores que promovem também a mobilidade da laringe; movimentos de sucção da língua contra o palato; movimentos da língua em várias direções com auxílio de espátula; emitir o som “ka/ka/ka”; e para melhorar a retração da base da língua, a técnica de gargarejar tem sido a que demonstra maior efeito. Em relação à **mandíbula** podem ser realizados exercícios de abertura máxima da boca, anteriorização e lateralização; movimento de abertura com resistência; e massagem do masséter e do temporal. Para o **músculo bucinador** realizam-se exercícios de sucção das bochechas com resistência através de espátula. E por último para o **músculo orbicular dos lábios** têm se demonstrado eficazes os exercícios de estiramento e protusão, esta última poderá ser com resistência de espátula. Os exercícios isométricos do pescoço através da colocação da mão do EEER nos vários planos da cabeça e incentivando o doente que faça força contrária, não permitindo que haja movimento, deve ser realizado durante um período de 15 segundos de contração e 15 segundos de relaxamento (Araújo et al., 2021; Cugy et al., 2018; Jotz et al., 2009b; Matos et al., 2021; Pierpoint & Pillay, 2020).

4. METODOLOGIA: ESTUDO DE CASO MULTIPLO

O estudo de caso é uma metodologia de investigação que tem como objetivo produzir conhecimento profundo e multifacetado de situações complexas em contextos reais. Este tipo de estudo é utilizado em várias disciplinas pois permite explorar, descrever e explicar fenómenos no seu contexto natural. Existem vários métodos de abordagem de estudo de caso, sendo uma delas a metodologia de estudo de caso múltiplo, neste caso são selecionados vários casos e desta forma é possível a comparação de resultados entre os diferentes casos (Crowe et al., 2011).

Esta metodologia inclui três etapas: seleção dos casos, trabalho de campo e organização e redação do relatório. No âmbito da Enfermagem, é realizada a colheita de dados, posto isto surge um processo de pensamento crítico com o objetivo de compreender a situação dos doentes e determinar soluções, por fim é realizada a avaliação e reflexão dos achados clínicos. Podemos ainda afirmar que é uma estratégia de ensino que contribui para o processo de formação dos enfermeiros, pois permite a ação reflexiva e a consolidação de conhecimentos teórico-práticos (Simões, 2017; Unisul, 2014).

No presente capítulo serão apresentados três estudos de caso realizados durante o estágio na UAVC, serão apenas apresentadas as intervenções referentes à Deglutição Comprometida, contudo foram assegurados cuidados de Enfermagem de Reabilitação ao nível de todas as necessidades dos doentes. A seleção dos casos apresentados respeitou critérios de inclusão previamente definidos: pessoas com idade superior a 18 anos; doentes com alterações na deglutição; e terem sido realizadas pelo menos duas sessões de reabilitação com a estudante. Todas as considerações éticas foram acauteladas e respeitadas. Foi realizado o pedido de consentimento oral aos doentes, os quais foram informados de que os dados recolhidos seriam apenas utilizados em âmbito académico e que seriam destruídos assim que terminasse o desenvolvimento do Relatório de Estágio. Cada doente será referido através de uma letra distinta: A, B ou C.

4.1. ESTUDO DE CASO A

A senhora A, idosa, vive com o seu marido num apartamento no quinto andar de um prédio com elevador, mas que tem 5 degraus de acesso à porta principal do prédio. Tem uma filha que reside no mesmo bairro. Encontra-se reformada e era professora de Físico-química e Biologia.

Como antecedentes pessoais apresenta hipertensão arterial, síndrome depressivo, hipertireoidismo e neoplasia do colón sigmoide tendo realizado sigmoidectomia. Nega hábitos tabágicos, refere hábitos alcoólicos esporadicamente.

No dia 27 de outubro cerca das 18h10 apresentou hemiparesia do hemicorpo direito, tendo sido transportada para o hospital pelo INEM. À chegada apresentava oftalmoparesia à direita, disartria e hemiparesia do hemicorpo direito. Realizou Tomografia Computorizada [TC] e Angio-Tomografia Computorizada [Angio-TC] apresentando oclusão do terço distal da artéria basilar, foi realizada administração de alteplase cerca das 19h25min apresentando nível 3 na Escala de *Thrombolysis in cerebral infarction* [TICI], esta escala poderá ser consultada no Anexo II. A Ressonância Magnética apresentava lesão isquémica da hemiprotuberância esquerda e pequena lesão punctiforme da hemiprotuberância direita. Foi admitida na UAVC.

Realizou colheita de sangue para análises que não revelaram alterações significativas que comprometessem o seu estado de saúde ou a intervenção da Enfermagem de Reabilitação. O acompanhamento da doente foi iniciado no dia 29 de outubro e terminou a 30 de outubro, por ter sido transferida para o hospital da área de residência.

A escala utilizada na UAVC para a avaliação neurológica de todos os utentes é a *National Institute of Health Stroke Scale* [NIHSS], que se encontra para consulta no Anexo III. Esta escala é aplicada pelo menos três vezes por turno com o intuito de identificar alterações repentinas do estado neurológico dos doentes que poderão apresentar necessidade de intervenção célere. Na tabela 1 encontra-se a avaliação neurológica da doente A através desta escala.

Tabela 1

Avaliação neurológica da doente A através da escala NIHSS

Data	29/10/2022	30/10/2022
Parâmetro		
<i>1a- Nível de Consciência</i>	Acordada (0)	Acordada (0)
<i>1b- Questões</i>	Responde corretamente (0)	Responde corretamente (0)
<i>1c- Ordens</i>	Realiza ambas as tarefas corretamente (0)	Realiza ambas as tarefas corretamente (0)

2- <i>Melhor Olhar Conjugado</i>	Olho esquerdo não completa levoversão (1)	Olho esquerdo não completa levoversão (1)
3- <i>Campos Visuais</i>	Sem défices campimétricos (0)	Sem défices campimétricos (0)
4- <i>Parésia Facial</i>	Paralisia facial central direita (2)	Paralisia facial central direita (2)
5- <i>Membros superiores</i>	Com queda parcial do membro superior direito (1)	Sem queda (0)
6- <i>Membros inferiores</i>	Sem queda (0)	Sem queda (0)
7- <i>Ataxia de membros</i>	Ausente (0)	Ausente (0)
8- <i>Sensibilidade</i>	Normal (0)	Normal (0)
9- <i>Melhor linguagem</i>	Normal (0)	Normal (0)
10- <i>Disartria</i>	Disartria leve (1)	Disartria leve (1)
11 – <i>Extinção e Desatenção</i>	Nenhuma anormalidade (0)	Nenhuma anormalidade (0)

Para a avaliação do grau de dependência da doente A (Tabela 2) foi utilizado o Índice de Barthel, que se encontra no Anexo IV. Para a identificação dos diagnósticos de enfermagem e formulação do plano de intervenção foram utilizados o Modelo de AVD e a Teoria do Autocuidado. Os diagnósticos de enfermagem identificados foram:

- Risco de Queda, Atual;
- Disartria, Presente;
- Labilidade Emocional, Presente;
- **Deglutição comprometida;**
- Usar Sanitário, Comprometido;
- Vestir-se ou despir-se, Comprometido;
- Capacidade para tomar banho, Comprometida;
- Movimento Muscular, diminuído;
- Equilíbrio, Comprometido;

- Erguer-se, comprometido;
- Sentar-se, comprometido;
- Andar, comprometida;
- **Paresia, presente;**
- Baixa Autoestima.

Tabela 2

Avaliação do nível de dependência da doente A através do Índice de Barthel

Data	29/10/2022	30/10/2022
Parâmetro		
<i>Alimentação</i>	Dependente (0)	Dependente (0)
<i>Transferências</i>	Necessita ajuda de outra pessoa (5)	Pouca ajuda (10)
<i>Toalete</i>	Dependente (0)	Independente (5)
<i>Utilização do WC</i>	Dependente (0)	Precisa ajuda (5)
<i>Banho</i>	Dependente (0)	Dependente (0)
<i>Mobilidade</i>	Imóvel (0)	Imóvel (0)
<i>Subir e descer escadas</i>	Dependente (0)	Dependente (0)
<i>Vestir</i>	Impossível (0)	Precisa ajuda (5)
<i>Controlo intestinal</i>	Continente (10)	Continente (10)
<i>Controlo vesical</i>	Continente (10)	Continente (10)
Total	25 – Dependência grave	45 – Dependência moderada

Em relação à AVD: Alimentação, a doente A era responsável pela confeção da alimentação no domicílio e a responsabilidade das compras era partilhada com o marido, indo sempre juntos ao supermercado. Realizava cerca de 3 refeições por dia (pequeno-almoço, almoço e jantar), por vezes ingeria fruta a meio da tarde. Afirma ter uma alimentação cuidada e comer regularmente legumes e sopa. Refere que ingeria pouca água diariamente. Raramente ingere bebidas alcoólicas. Durante o internamento encontrava-se entubada nasogastricamente pois apresentava alterações nas estruturas da orofaringe responsáveis pela deglutição:

assimetria da elevação do véu do palato, úvula encontrava-se hipotónica e reflexo de vômito tardio. Apresentava ainda alterações na mobilidade dos músculos da face à direita, apresentando paresia facial central, verificando-se apagamento do sulco nasogeniano à direita com desvio da comissura labial para a esquerda. Identificou-se então o diagnóstico de enfermagem: **Paresia, presente**. A avaliação da paresia facial foi realizada através da observação da face em repouso e da realização de exercícios de mímica facial.

Para a avaliação da deglutição, foi utilizada a escala de GUSS, os resultados obtidos da avaliação encontram-se descritos na tabela 3. Não foi possível aplicar o teste direto da deglutição à doente A por, nunca ter conseguido apresentar a pontuação total no teste indireto, porém verificou-se uma melhoria na fuga de saliva, sendo que a utente apresentou uma melhor oclusão labial à segunda avaliação. Deste modo foi identificado o seguinte diagnóstico de enfermagem: **Deglutição comprometida**.

Tabela 3

Avaliação da deglutição da doente A através da Escala de GUSS

Escala de GUSS		29/10/2022	30/10/2022
Teste Indireto da Deglutição	Vígil	Sim (1)	Sim (1)
	Tosse e ou Pigarreio	Sim (1)	Sim (1)
	Deglutição da saliva sem alteração	Não (0)	Não (0)
	Escape de Saliva	Sim (0)	Não (1)
	Modificação da Voz	Não (1)	Não (1)
Teste Direto da Deglutição	Semissólido	Não testado (0)	Não testado (0)
	Líquido	Não testado (0)	Não testado (0)
	Sólido	Não testado (0)	Não testado (0)
Total		3/20 pontos	4/20 pontos

Com o intuito de a doente perceber a sua paresia facial e alterações na deglutição e ainda, compreender a importância dos exercícios a realizar e como deverá executar os movimentos, foi fornecido um espelho. Posto isto, desenvolveu-se um plano de intervenção

com intuito de aumentar a força muscular, amplitude articular e sensibilidade das estruturas intervenientes na deglutição e mimica facial. As intervenções realizadas foram as seguintes:

- Assistir no posicionar-se;
- Executar cuidados de higiene oral;
- Executar técnica de massagem – músculos da face e pescoço e cavidade oral com espátula com compressa;
- Executar técnica de exercício muscular e articular - exercícios isotónicos, isométricos e isocinéticos dos músculos da face, cavidade oral e pescoço, manobra de Mendelson, manobra supraglótica, manobra supersupraglótica e manobra de deglutição forçada;
- Ensinar sobre técnicas de exercício muscular e articular;
- Treinar técnicas de exercício muscular e articular.

Resultados obtidos: Após a primeira sessão a doente mostrou-se extremamente interessada no plano de intervenção implementado, tendo realizado alguns dos exercícios de forma autónoma entre a primeira e a segunda sessão. Na segunda sessão apresentava uma franca melhoria da assimetria e paresia facial em repouso, não existindo um apagamento do sulco nasogeniano tão evidente, contudo ao sorrir e falar ainda era possível verificar paresia facial central à direita, todavia já apresentava uma maior contração dos músculos presentes na mimica facial à direita, comparativamente à sessão anterior.

A doente manteve uma lentificação na deglutição da saliva, não tendo sido possível aplicar o teste direto da deglutição da escala de GUSS, visto que o teste deve ser interrompido se não for obtida a pontuação total no teste indireto. Porém verificou-se uma melhoria na fuga de saliva ao apresentar uma melhor oclusão labial à segunda avaliação. Assim sendo, a utente manteve a administração da alimentação por via entérica através de SNG.

Considera-se que as intervenções realizadas, ao nível da promoção do aumento da funcionalidade na deglutição, foram eficazes por ter apresentado um aumento da força muscular e amplitude de movimentos dos músculos da face, porém não foi possível reiniciar a ingestão oral. O curto tempo de internamento e espaço para a realização da intervenção, não permitiram um acompanhamento com maior número de sessões que levasse à determinação de que o plano de intervenção de Enfermagem de Reabilitação realizado e especificamente os exercícios supracitados terão sido preponderantes para uma deglutição eficaz e segura.

4.2. ESTUDO DE CASO B

A senhora B é uma idosa que vive com uma filha, um filho e dois netos num apartamento no segundo andar com elevador, com dois quartos, uma cozinha e uma casa de banho com banheira, refere que dormia na sala. Tem ainda mais um filho que reside em casa própria. Encontra-se reformada, anteriormente trabalhava como empregada doméstica.

Como antecedentes pessoais apresenta hipertensão arterial, insuficiência venosa dos membros inferiores, depressão e fratura tibiotársica a 22 de outubro de 2022 mantendo tala gessada no membro inferior esquerdo.

No dia 3 de novembro cerca das 15h30min apresenta uma alteração súbita do estado de consciência e hemiparesia direita. É transferida para o hospital pelo INEM tendo sido ativada a Via Verde de AVC, à chegada encontrava-se obnubilada (pontuação 8 na Escala de coma de Glasgow), hemiparesia direita atáxica, desvio oculo-cefálico para a esquerda com um NIHSS de 11. Realizou TC e Angio-TC apresentando oclusão da artéria cerebral posterior. Foi realizada administração de alteplase apresentando TICI 3. A RM demonstrava ligeira lesão do tálamo à esquerda e mesial, occipital e do vermis cerebelar. Realizou ainda colheita de sangue para análises e eletrocardiograma.

O acompanhamento da utente iniciou-se a 4 de novembro e terminou a 5 de novembro por transferência para serviço de medicina. Foi realizada a avaliação neurológica através da escala NIHSS, como demonstrado na tabela 4.

Tabela 4
Avaliação neurológica da doente B através da NIHSS

Data Parâmetro	4/11/2022	5/11/2022
<i>1a- Nível de Consciência</i>	Acordada (0)	Acordada (0)
<i>1b- Questões</i>	Responde corretamente (0)	Responde corretamente (0)
<i>1c- Ordens</i>	Realiza as tarefas corretamente (0)	Realiza as tarefas corretamente (0)
<i>2- Melhor Olhar Conjugado</i>	Paralisia parcial do olhar conjugado (1)	Normal (0)
<i>3- Campos Visuais</i>	Sem défices (0)	Sem défices (0)

4- <i>Paresia Facial</i>	Paresia facial central direita (2)	Paresia facial minor (1)
5- <i>Membros superiores</i>	Sem queda (0)	Sem queda (0)
6- <i>Membros inferiores</i>	Sem queda (0)	Sem queda (0)
7- <i>Ataxia de membros</i>	Presente em 1 membro (1)	Presente em 1 membro (1)
8- <i>Sensibilidade</i>	Normal (0)	Normal (0)
9- <i>Melhor linguagem</i>	Sem afasia (0)	Sem afasia (0)
10- <i>Disartria</i>	Normal (0)	Normal (0)
11 – <i>Extinção e Desatenção</i>	Nenhuma anormalidade (0)	Nenhuma anormalidade (0)

Para a avaliação do grau de dependência da doente B foi utilizado o Índice de Barthel que se encontra descrito na tabela 5. No dia 4/11 foi avaliado duas vezes o grau de dependência, pois durante o turno da manhã a doente ainda permanecia em repouso total no leito e no turno da tarde, após realização de TC, verificou-se que seria seguro iniciar levante. Com o intuito de identificar os diagnósticos de enfermagem e formular o plano de intervenção foram utilizados o Modelo de AVD e a Teoria do Autocuidado. Os diagnósticos de enfermagem identificados foram:

- Risco de Queda, Atual;
- Labilidade emocional, Presente;
- **Deglutição, Comprometida;**
- Usar Sanitário, Comprometido;
- Vestir-se ou despir-se, Comprometido;
- Capacidade para tomar banho, Comprometida;
- Equilíbrio, Comprometido;
- Erguer-se, Comprometido;
- Sentar-se, Comprometido;
- Transferir-se, Comprometido;
- Andar, Comprometido;
- **Paresia, presente.**

Tabela 5

Avaliação do nível de dependência da doente B através do Índice de Barthel

Data Parâmetro	4/11/2022 Manhã	4/11/2022 Tarde	5/11/2022
<i>Alimentação</i>	Dependente (0)	Precisa de alguma ajuda (5)	Independente (10)
<i>Transferências</i>	Dependente (0)	Precisa de alguma ajuda (10)	Precisa de alguma ajuda (10)
<i>Toalete</i>	Dependente (0)	Dependente (0)	Independente (5)
<i>Utilização do WC</i>	Dependente (0)	Precisa de alguma ajuda (5)	Precisa de alguma ajuda (5)
<i>Banho</i>	Dependente (0)	Dependente (0)	Dependente (0)
<i>Mobilidade</i>	Dependente (0)	Imóvel (0)	Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda (10)
<i>Subir e descer escadas</i>	Dependente (0)	Dependente (0)	Dependente (0)
<i>Vestir</i>	Com ajuda (5)	Com ajuda (5)	Com ajuda (5)
<i>Controlo intestinal</i>	Continente (10)	Continente (10)	Continente (10)
<i>Controlo vesical</i>	Algaliada (0)	Continente (10)	Continente (10)
Total	15 – Dependência Total	45 – Dependência moderada	65 – Dependência ligeira

Relativamente à AVD: Alimentação, no domicílio a utente B era a principal responsável pela aquisição e confeção dos alimentos, contudo os filhos também participavam na realização das compras e por vezes na confeção das refeições. Realizava 4 refeições por dia (pequeno-almoço, almoço, lanche e jantar), refere que fazia uma alimentação completa e variada e que ingeria cerca de 1 litro de água por dia. No internamento a doente apresentava uma SNG. Foi realizada a avaliação das estruturas da orofaringe, não apresentando alterações: a língua

encontrava-se simétrica à protusão, mantinha simetria na elevação do véu do palato, a úvula encontrava-se centrada e com tónus mantido e o reflexo de vômito encontrava-se presente. Foi então realizada a avaliação da deglutição através da escala de GUSS, os resultados encontram-se na tabela 6. Por ainda não ter iniciado dieta após o AVC foi identificado o diagnóstico de enfermagem: **Deglutição, Comprometida**.

Foi ainda identificado o diagnóstico de enfermagem **Paresia, Presente**, por apresentar apagamento do sulco nasogeniano à direita e desvio da comissura labial para a esquerda. A avaliação da paresia facial foi realizada através da observação da face em repouso e da realização de exercícios de mímica facial.

Tabela 6

Avaliação da deglutição da doente B através da Escala de GUSS

Escala de GUSS			4/11/2022	5/11/2022
Teste Indireto da Deglutição	Vígil		Sim (1)	Sim (1)
	Tosse e ou pigarreio		Sim (1)	Sim (1)
	Deglutição da saliva sem alteração		Sim (1)	Sim (1)
	Escape de Saliva		Não (1)	Não (1)
	Modificação da Voz		Não (1)	Não (1)
Teste Direto da Deglutição	Semissólido	Deglutição	Sem alteração (2)	Sem alteração (2)
		Tosse	Não (1)	Não (1)
		Escape de Saliva	Não (1)	Não (1)
		Modificação da Voz	Não (1)	Não (1)
	Líquido	Deglutição	Sem alteração (2)	Sem alteração (2)
		Tosse	Não (1)	Não (1)
		Escape de Saliva	Não (1)	Não (1)
		Modificação da Voz	Sim (0)	Não (1)
	Sólido	Deglutição	Não testado (0)	Demorada (1)
		Tosse		Sim (0)

		Escape de Saliva		Não (1)
		Modificação da Voz		Sim (0)
Total			14/20 pontos	17/20 pontos

Foi fornecido um espelho para aumentar a perceção das alterações da mímica facial e ainda com o objetivo de aumentar a capacidade de realização dos exercícios de fortalecimento muscular e amplitude de movimentos dos músculos da face. O plano de intervenção desenvolvido e aplicado à doente B foi o seguinte:

- Assistir no posicionar-se;
- Executar cuidados de higiene oral;
- Executar técnica de massagem – músculos da face e pescoço;
- Executar técnica de exercício muscular e articular - exercícios isotónicos, isométricos e isocinéticos dos músculos da face, cavidade oral e pescoço, manobra de Mendelson, manobra supraglótica, manobra de Shaker, manobra de Masako e manobra de deglutição forçada;
- Ensinar sobre técnicas de exercício muscular e articular;
- Treinar técnicas de exercício muscular e articular.

Resultados obtidos: A paresia facial central observada na primeira avaliação a 4/11 não se verificou no dia 5/11 apresentando apenas uma pequena assimetria ao sorrir, aparentemente estas alterações na mímica facial não terão influenciado a fase oral da deglutição sendo possível retomar a ingestão oral, mesmo apresentando paresia. É possível afirmar ainda que os exercícios de mímica facial realizados terão sido eficazes.

Ao realizar a primeira avaliação da deglutição no dia 4/11/2022 foi possível verificar que a doente apresentava capacidade para iniciar ingestão da dieta por via oral, contudo mantinha alterações da deglutição à ingestão de líquidos (modificação na voz após a deglutição), deste modo foi utilizado espessante alimentar na água produzindo uma textura de néctar com o intuito de manter uma hidratação segura. Previamente à administração da alimentação foi realizada a primeira sessão de reabilitação de forma a aumentar o tónus muscular e a eficácia da deglutição. A utente iniciou então uma dieta pastosa, sem alterações e foi removida a SNG.

No dia seguinte, dia 5/11, foi realizada a segunda sessão de Reabilitação, após a mesma voltou a avaliar-se a deglutição através da escala de GUSS, tendo demonstrado melhorias significativas, foi possível administrar líquidos sem alterações, contudo à avaliação da deglutição de sólidos apresentava uma deglutição demorada, tosse após a deglutição e modificação na voz, tendo sido interrompida a realização do teste direto da deglutição. Progrediu então para uma dieta mole e passou a ingerir líquidos sem espessante.

Considera-se que as intervenções realizadas foram eficazes na promoção de uma deglutição segura e eficaz, não foi possível retomar a ingestão oral de sólidos, todavia a utente retomou a ingestão oral. Não só as intervenções de enfermagem de reabilitação, mas também as restantes intervenções de enfermagem, médicas e a recuperação da doente B pós-AVC possibilitaram os resultados positivos demonstrados. Após a transferência para o serviço de medicina não foi possível manter o acompanhamento da utente, contudo prevê-se uma recuperação total na deglutição.

4.3. ESTUDO DE CASO C

A senhora C é uma utente idosa, que reside numa moradia sem escadas, com três quartos, duas salas, uma cozinha e duas casas de banho uma com banheira e outra com poliban. Vive com o marido e tem dois filhos e uma neta que vivem na mesma zona, mas em casa própria. Encontra-se reformada e anteriormente trabalhava como professora primária.

No dia 23/10 cerca das 9h apresentou cefaleias intensas e cerca das 11h apresentou lipotimia com hemiparesia esquerda. Foi transportada para o Hospital pelo INEM e foi ativada a Via Verde de AVC, à chegada apresentava nistagmo, paresia facial central esquerda, disartria ligeira, queda do membro superior esquerdo e hemihipostesia esquerda. Foi realizada TC e Angio-TC que demonstrou um hematoma talâmico direito. Ao ser transferida encontrava-se hipertensa e com um estado neurológico oscilante. Realizou ainda um Ecocardiograma transtorácico e ao longo do internamento realizou várias RM e TC crânio-encefálicas, apenas a partir de dia 27/10 se demonstrou uma franca reabsorção do hematoma e diminuição dos ventrículos. Deste modo só se iniciou a intervenção de Reabilitação a partir de dia 28/10. Por transferência para o hospital da área de residência, apenas foram realizadas duas sessões de reabilitação, tendo terminado a intervenção a 30/10/2022.

A avaliação neurológica da doente C foi realizada através da NIHSS e os resultados encontram-se descritos na tabela 7.

Tabela 7

Avaliação neurológica da doente C através da Escala NIHSS

Data	28/10/2022	30/10/2022
Parâmetro		
<i>1a- Nível de Consciência</i>	Acordada (0)	Acordada (0)
<i>1b- Questões</i>	Responde corretamente (0)	Responde corretamente (0)
<i>1c- Ordens</i>	Realiza ambas as tarefas corretamente (0)	Realiza ambas as tarefas corretamente (0)
<i>2- Melhor Olhar Conjugado</i>	Paralisia parcial do olhar conjugado (1)	Paralisia parcial do olhar conjugado (1)
<i>3- Campos Visuais</i>	Sem alterações campimétricas (0)	Sem alterações campimétricas (0)
<i>4- Paresia Facial</i>	Paresia facial central esquerda (2)	Paresia facial central esquerda (2)
<i>5- Membros superiores</i>	Algum esforço contra a gravidade (2)	Queda parcial (1)
<i>6- Membros inferiores</i>	Com queda, pousado realiza algum movimento (3)	Com queda, pousado realiza algum movimento (3)
<i>7- Ataxia de membros</i>	Ausente (0)	Ausente (0)
<i>8- Sensibilidade</i>	Hemihipostesia moderada à esquerda (1)	Hemihipostesia moderada à esquerda (1)
<i>9- Melhor linguagem</i>	Sem afasia (0)	Sem afasia (0)
<i>10- Disartria</i>	Disartria moderada (1)	Disartria moderada (1)
<i>11 – Extinção e Desatenção</i>	Nenhuma anormalidade (0)	Nenhuma anormalidade (0)

De forma a determinar o grau de dependência da utente foi aplicado o Índice de Barthel, os resultados encontram-se descritos na tabela 8. Após a aplicação do Índice de Barthel foram

identificados os diagnósticos de enfermagem através do Modelo de AVD e a Teoria do Autocuidado, sendo possível desenvolver um plano de intervenção de Reabilitação detalhado e individualizado. Os diagnósticos de enfermagem identificados foram os seguintes:

- Risco de Queda, Atual;
- Disartria, Presente;
- **Deglutição, Comprometida;**
- **Paresia, Presente;**
- **Risco de Aspiração, Presente;**
- Vestir-se ou despir-se, Comprometido;
- Capacidade para tomar banho, Comprometida;
- Movimento Muscular, Diminuído;
- Equilíbrio, Comprometido;
- Erguer-se, Comprometido;
- Sentar-se, Comprometido;
- Andar, Comprometido.

Tabela 8

Avaliação do nível de dependência da doente C através do Índice de Barthel

Data	28/10/2022	30/10/2022
Parâmetro		
<i>Alimentação</i>	Dependente (0)	Dependente (0)
<i>Transferências</i>	Dependente (0)	Dependente (0)
<i>Toalete</i>	Dependente (0)	Dependente (0)
<i>Utilização do WC</i>	Dependente (0)	Dependente (0)
<i>Banho</i>	Dependente (0)	Dependente (0)
<i>Mobilidade</i>	Imóvel (0)	Imóvel (0)
<i>Subir e descer escadas</i>	Dependente (0)	Dependente (0)
<i>Vestir</i>	Impossível (0)	Com ajuda (5)
<i>Controlo intestinal</i>	Continente (10)	Continente (10)
<i>Controlo vesical</i>	Algaliada (0)	Algaliada (0)

Total	10 – Dependência Total	15 – Dependência Total
--------------	-------------------------------	-------------------------------

Ao realizar a avaliação da AVD: Alimentação, a utente referiu que no domicílio, era a principal responsável pela confeção dos alimentos, contudo partilhava a responsabilidade da aquisição dos alimentos com o marido. Realizava três refeições por dia (pequeno-almoço, almoço e jantar), refere que realizava refeições completas, que ingeria cerca de 2-3 peças de fruta por dia e cerca de 1,5 litros de água por dia. Bebia um café de manhã diariamente e ingeria bebidas alcoólicas esporadicamente. No internamento, era alimentada e hidratada através de SNG, sendo identificado o diagnóstico de enfermagem **Deglutição, Comprometida**. À observação das estruturas da orofaringe, a língua encontrava-se simétrica durante a protusão, a úvula estava centrada, mas hipotónica, apresentava uma elevação do palato assimétrica e, à estimulação, o reflexo de vômito estava ausente. A avaliação da deglutição foi realizada através da escala de GUSS como descrito na tabela 9, devido às alterações descritas não foi possível progredir para o teste direto da deglutição.

A utente apresentava ainda apagamento do sulco nasogeniano à esquerda com desvio da comissura labial para a direita. Deste modo foi identificado o diagnóstico de enfermagem **Paresia, Presente**. A reavaliação da paresia facial foi realizada através da observação da face em repouso e à realização de exercícios de mímica facial.

Tabela 9
Avaliação da deglutição através da escala de GUSS

Escala de GUSS		28/10/2022	30/10/2022
Teste Indireto da Deglutição	Vígil	Sim (1)	Sim (1)
	Tosse e/ou Pigarreio	Sim (1)	Sim (1)
	Deglutição da saliva sem alteração	Não (0)	Não (0)
	Escape de Saliva	Não (1)	Não (1)
	Modificação da Voz	Sim (0)	Sim (0)
Teste Direto da Deglutição	Semissólido	Não testado (0)	Não testado (0)
	Líquido	Não testado (0)	Não testado (0)
	Sólido	Não testado (0)	Não testado (0)

Total		3/20 pontos	3/20 pontos
-------	--	-------------	-------------

Foi ainda essencial avaliar a AVD: Respiração, durante o internamento, encontrava-se normocárdica e apirética, inicialmente encontrava-se hipertensa, contudo foi possível controlar a tensão arterial ao longo do internamento. Apresentava uma respiração predominantemente torácica, simétrica e regular, com uma frequência respiratória média de 14 ciclos por minuto. Negou qualquer sensação de dispneia e apresentava saturações periféricas de oxigénio com valores cerca dos 96%-98%. Quando incentivada a tossir voluntariamente, apresentava uma tosse eficaz. Era possível verificar uma hipofonia ligeira demonstrando que existem alterações na mobilização das cordas vocais, sendo então identificado o diagnóstico de enfermagem **Risco de Aspiração, Presente**.

Foi então implementado o plano de intervenção desenvolvido. Relativamente aos diagnósticos de enfermagem **Paresia, Presente** e **Deglutição, Comprometida** as intervenções realizadas foram as seguintes:

- Posicionar doente – no leito com cabeceira a 60°;
- Executar cuidados de higiene oral;
- Executar técnica de massagem – músculos da face e pescoço;
- Executar técnica de exercício muscular e articular - exercícios isotónicos, isométricos e isocinéticos dos músculos da face, cavidade oral e pescoço, manobra de Mendelson, manobra supraglótica, e manobra de deglutição forçada;
- Ensinar sobre técnicas de exercício muscular e articular;
- Treinar técnicas de exercício muscular e articular.

Em relação ao diagnóstico de enfermagem **Risco de Aspiração, Presente**, as intervenções implementadas foram as seguintes:

- Executar exercícios de cinesiterapia respiratório – controlo e dissociação dos tempos respiratórios com expiração com lábios semicerrados, reeducação diafragmática e reeducação costal global;
- Ensinar sobre exercícios de cinesiterapia respiratória;
- Treinar exercícios de cinesiterapia respiratória;
- Executar técnica de tosse assistida;
- Ensinar técnica de tosse;

- Treinar técnica de tosse.

Resultados obtidos: Após a implementação do plano de intervenção não se obtiveram alterações a nível da paresia facial ou da deglutição, sendo que a doente C manteve apagamento do sulco nasogeniano à esquerda com desvio da comissura labial para a direita, manteve ainda SNG e não existiu possibilidade de retomar a ingestão oral, o reflexo de vômito manteve-se ausente, a úvula manteve-se hipotónica e o palato assimétrico à elevação. Considera-se que a aplicação regular e continuada do plano de intervenção durante um período prolongado de acompanhamento poderia ter apresentado resultados positivos, contudo é impossível garantir que as intervenções teriam sido eficazes.

Relativamente às intervenções realizadas com o intuito de diminuir o risco de aspiração, visto que a utente não apresentou evidencia de aspiração ao longo do internamento, considera-se que terão sido eficazes. Apresentou uma tosse eficaz em ambas as avaliações e não apresentou alterações do padrão respiratório. A doente C mostrou-se disponível para participar na aprendizagem dos exercícios, pelo que a aprendizagem das técnicas poderá mostrar-se um recurso valioso no restante percurso de reabilitação.

5. GANHOS EM SAÚDE

Toda a intervenção de enfermagem produz ganhos em saúde, contudo é importante também refletir de que forma a intervenção do EEER é uma mais-valia na produção de ganhos em saúde e especificamente em relação à pessoa com deglutição comprometida. De forma a ser realizada uma avaliação eficaz dos ganhos em saúde, que poderá de certa forma complementar o conhecimento científico atual da área de Reabilitação e a promoção da melhoria continua dos cuidados é essencial basear os cuidados nos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação [PQCEER].

É evidente que a excelência dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação traz ganhos em saúde nos vários contextos da intervenção, que se traduzem na prevenção de incapacidades e na recuperação das capacidades, com o intuito da promoção da autonomia. Todavia, o único modo de contabilizar e comprovar os ganhos em saúde obtidos através desta intervenção especializada, é realizar uma intervenção que dê resposta aos vários enunciados descritivos determinados pela Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (OE, 2018).

Os enunciados descritivos, são fatores mensuráveis da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados que têm como intuito objetivar o papel do enfermeiro e deste modo demonstrar a importância e impacto da profissão, permitindo o aumento do respeito, confiança e investimento na carreira de Enfermagem. Estão identificadas oito categorias: satisfação dos, clientes, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado dos clientes, readaptação funcional, reeducação funcional, estigma e exclusão social e organização dos serviços de enfermagem (OE, 2018).

No que concerne à intervenção do EEER à pessoa com compromisso da deglutição e no modo como difere da intervenção do enfermeiro generalista, podemos afirmar que a intervenção especializada possibilita um aumento dos ganhos em saúde ao nível dos vários enunciados descritivos referidos anteriormente. Em relação à satisfação do cliente, o EEER ao respeitar a autonomia da pessoa elaborando em conjunto um plano de reabilitação com foco na deglutição, e ao incentivar a participação no mesmo através do reforço positivo, produz ganhos sensíveis aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação, visto que a satisfação do cliente promove uma maior confiança no profissional e ainda uma maior adesão ao plano de intervenção. É ainda importante referir que a inclusão de pessoas significativas ao longo deste processo e a gestão de expectativas do doente e pessoas significativas também é um fator preponderante numa evidente satisfação do cliente (OE, 2018)

Relativamente à promoção da saúde, o EEER não só identifica as limitações familiares, socioculturais e económicas que poderão ser um obstáculo à reabilitação da deglutição, como participa de forma ativa na criação de programas para a minimização do impacto que as alterações da deglutição poderão ter no dia-a-dia do doente e pessoas significativas, através do contacto com instituições presentes na comunidade que poderão de algum modo promover a integração e continuidade dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação. Pode-se ainda realçar a importância da identificação de estratégias, junto do doente que poderão permitir o exercício da cidadania e participação social, que se considerem relevantes de forma a preservar a individualidade e qualidade de vida da pessoa (OE, 2018)

A prevenção de complicações relativamente ao diagnóstico de enfermagem de deglutição comprometida, prende-se essencialmente pela prevenção da aspiração de substâncias durante o momento de alimentação. Deste modo é essencial a observação do momento da refeição pelo EEER, como referido na literatura, pois produz informação útil para a avaliação do utente, mas também para a continuidade dos cuidados, prevenindo complicações e detetando precocemente um agravamento da situação. Assim, o EEER realiza um plano de intervenção direcionado ao momento de alimentação que diminui o risco de alteração da funcionalidade do doente. É de extrema importância ainda a referenciação para profissionais da equipa multidisciplinar que também apresentam um contributo valioso para a reabilitação da deglutição ou até para outros enfermeiros especialistas que contribuem para um plano de cuidados de saúde complexo com vista à individualização e à promoção de novos ganhos em saúde. Por fim o EEER contribui para a formação dos seus pares permitindo a delegação de tarefas aos enfermeiros de cuidados gerais, promovendo a continuidade de cuidados ao longo de todo o processo de internamento (Oliveira et al, 2019; OE, 2018).

Com o intuito de maximizar o bem-estar e promover a autonomia ao nível das AVD através da promoção do autocuidado, em relação à alimentação, o EEER identifica as necessidades do doente, familiares e/ou cuidadores de forma a definir as estratégias a implementar e os resultados esperados, promovendo a autonomia, mas também a qualidade de vida. Ao basear-se na mais recente evidencia científica prescreve intervenções de enfermagem de reabilitação e otimiza e/ou reeduca a função da alimentação, permitindo ainda o ensino e treino do doente e pessoas significativas. Permite o ganho de autonomia nos diferentes contextos em que o doente se insere, promovendo o bem-estar e a qualidade de vida (OE, 2018).

No que diz respeito à readaptação funcional, o EEER concebe programas de intervenção com vista ao empoderamento dos doentes e pessoas significativas através do desenvolvimento

de conhecimentos, capacidades e fatores de adaptação, de forma a minimizar o impacto das alterações da deglutição. Permite ainda a implementação de estratégias de adaptação no domicílio do doente que facilite o processo de transição para a situação atual e ainda para a continuidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação, visando o alcance do equilíbrio e bem-estar dentro das limitações identificadas ao nível da deglutição (OE, 2018).

Por outro lado, no que concerne à reeducação funcional da deglutição, o EEER identifica, em conjunto com o doente, os fatores facilitadores e inibidores da realização da AVD: alimentação de forma independente, avalia os fatores psicossociais que poderão de certa forma limitar a adaptação e transição no processo saúde-doença, tanto do doente como das suas pessoas significativas e planeia juntamente com outros elementos da equipa multidisciplinar, com o doente e família o programa de reabilitação que poderá levar à reeducação funcional da deglutição (OE, 2018).

Em relação à inclusão social, o EEER tem um importante papel a desempenhar, através da identificação de limitações no ambiente social e familiar que poderão ser objeto de discriminação e de exclusão. Identifica ainda e fornece estratégias que poderão contribuir para a melhoria do acesso ao emprego ou até mesmo da otimização das condições do local de trabalho, facilitando a permanência no mesmo durante os momentos de refeição e a manutenção da fonte de rendimento. Não tanto ao nível dos cuidados hospitalares, mas sim ao nível dos cuidados de saúde primários, é possível oferecer formação à comunidade de forma a capacitá-la para a inclusão das pessoas com deglutição comprometida (OE, 2018)

Quanto à organização dos cuidados de enfermagem, o EEER é responsável por acrescentar conhecimento à comunidade científica através da investigação e da busca pelas intervenções que demonstram ter maior contributo para a promoção de uma deglutição segura e eficaz, podemos verificar nas bases de dados que existem diversos artigos que abordam o tema, contudo a sua maioria é específica da pessoa com AVC ou aborda diversas intervenções que se complementam, sendo impossível determinar as intervenções mais adequadas. Por outro lado, a documentação das intervenções de enfermagem direcionadas à deglutição ainda se demonstra bastante limitada, sendo ainda um trabalho com necessidade de ser mais desenvolvido, de modo a produzir dados relevantes para a evolução da prática de Enfermagem de Reabilitação (Oliveira et al., 2019; OE, 2018).

Tendo em consideração todos os contributos ao nível dos enunciados descritivos dos PQCEER que já foram aqui referidos, pode-se ainda acrescentar os contributos desta

intervenção ao nível hospitalar. A intervenção do EEER à pessoa com deglutição comprometida poderá contribuir para a diminuição da recorrência de internamentos, permitindo ao doente ou pessoas significativas detetar precocemente sinais de aspiração por aumentar o seu nível de independência e para diminuição do tempo de internamento pela otimização das capacidades da pessoa no que concerne à AVD: Alimentação (Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação [APER], 2010).

6. ANÁLISE REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

6.1.COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Segundo o Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro de 2019 da OE (2019a), o enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados, a quem foi atribuído o título de Enfermeiro Especialista numa das especialidades em Enfermagem. Neste capítulo serão descritas as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e ainda apresentar-se-á uma reflexão crítica da aquisição das mesmas durante o decorrer do Estágio Final inserido no Mestrado em Enfermagem.

As Competências Comuns do Enfermeiro Especialista envolvem as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da Enfermagem. Estas, são competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da área de especialidade, que são demonstradas através da capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria (OE, 2019a).

Estão então divididas em quatro domínios de competência: Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal; Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade; Domínio da Gestão de Cuidados; e Domínio do desenvolvimento e das aprendizagens profissionais. Cada um destes domínios divide-se em várias unidades de competência, que por sua vez dividem-se em vários critérios de avaliação, por forma a especificar os vários elementos necessários para um desempenho efetivo das competências do Enfermeiro Especialista.

6.1.1. A - Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

6.1.1.1. 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

Como descritivo desta primeira Competência surge no Regulamento nº 140/2019 da OE que: “O Enfermeiro Especialista demonstra um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica. A competência assenta num corpo de conhecimento no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e

nas preferências do cliente.” (OE, 2019a, p.4746). A presente competência está dividida em três unidades, que são elas:

- “Demonstra uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas;
- Lidera de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética na sua área de especialidade;
- Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão.”

(OE, 2019a, p.4746)

Já na prática profissional atual a estudante preza o respeito de todos os princípios, valores e normas deontológicas presentes no Código Deontológico dos Enfermeiros, contudo, no decorrer do Estágio Final, surgiram algumas dificuldades no que diz respeito à liderança dos processos de tomada de decisão, por não se encontrar num ambiente confortável tanto ao nível da especificidade do serviço como dos profissionais de saúde das instituições. Todavia, com o auxílio das enfermeiras orientadoras de estágio foram tomadas decisões éticas e foram realizados vários momentos de reflexão sobre as decisões tomadas de forma a melhorar o processo de tomada de decisão ao longo da especialidade, adquirindo ferramentas para a prática profissional futura.

6.1.1.2. A2. Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais

Por outro lado, esta segunda competência tem como descritivo: “O Enfermeiro Especialista demonstra uma prática que respeita os direitos humanos, analisa e interpreta as situações específicas de cuidados especializados, gerindo situações potencialmente comprometedoras para os clientes.” (OE, 2019a, p.4746). Apresentando duas unidades de competência:

- “Promove a proteção dos direitos humanos;
- Gere, na equipa, as práticas de cuidados fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente.”

(OE, 2019a, p.4746)

A Carta Internacional dos Direitos Humanos, como documento base da proteção dos direitos humanos básicos, sempre foi tida em conta na prática de Enfermagem até ao início da especialidade, contudo através do Estágio Final foi possível consolidar conhecimentos na área

da promoção da mesma perante a equipa multidisciplinar. Ainda os contextos diferentes levantaram novas questões que ainda não teriam sido refletidas, contribuindo assim para uma visam mais alargada das diferentes necessidades da população. O trabalho e reflexão diária realizados par-a-par com as enfermeiras orientadoras, trouxe uma mais-valia para a perceção do papel do Enfermeiro Especialista na própria equipa, fomentando a reflexão dos seus pares e a tomada de decisão consciente e em concordância com o respeito pelos direitos do cliente.

6.1.2. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

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

O descritivo da primeira competência do segundo domínio é: “O Enfermeiro Especialista colabora na conceção e operacionalização de projetos institucionais na área da qualidade e participa na disseminação necessária à sua apropriação, até ao nível operacional.” (OE, 2019a, p4747) e divide-se em duas unidades de competência:

- “Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade;
- Orienta projetos institucionais na área da qualidade.”

(OE, 2019a, p.4747)

Através de uma procura contínua pela formação e conhecimento alicerçados na prática baseada na evidência, foi possível adquirir e transmitir novos conhecimentos às equipas multidisciplinares onde se inseriu o Estágio Final, permitindo uma melhoria contínua na qualidade dos cuidados prestados. Não só a partilha diária de conhecimentos, mas também o desenvolvimento de uma formação em serviço dirigida a todos os enfermeiros da UCCP sobre “As intervenções de enfermagem à pessoa com deglutição comprometida” (Apêndice I), foram momentos onde foi possível adquirir esta competência. Ainda a partilha de conhecimentos e da prática diária dos vários enfermeiros da UCCP permitiu compreender as necessidades do serviço neste nível de conhecimento.

A articulação com outros profissionais de saúde na gestão e auxílio das várias AVD permitiu a transferência de conhecimentos da área de reabilitação que promovem a prevenção de complicações, a promoção da saúde e da autonomia.

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

Em relação à segunda competência, o seu descritivo refere que: “O Enfermeiro Especialista reconhece que a melhoria da qualidade envolve a avaliação das práticas e, em função dos seus resultados, a eventual revisão das mesmas e a implementação de programas de melhoria contínua.” (OE, 2019a, p.4747). Dividindo-se então em três unidades de competência:

- “Avalia a qualidade das práticas clínicas;
- Planeia programas de melhoria contínua;
- Lidera programas de melhoria contínua.”

(OE, 2019a, p.4747)

No decorrer do Estágio Final na UCCP foi possível participar em um momento de auditoria relativo às práticas de enfermagem para prevenção de quedas durante o internamento. Deste modo foram identificadas as intervenções básicas para a prevenção de quedas e ainda as intervenções para a pessoa com alto risco de queda. Foram selecionados 5 clientes com baixo risco de queda e 5 clientes com alto risco de queda de forma aleatória e foram identificadas as intervenções que estavam, ou não, a ser implementadas, tendo sido realizado um levantamento das que apresentavam menor adesão por parte da equipa de enfermagem, por forma a ser possível realizar um plano de ação no sentido da melhoria continua.

6.1.2.3. B3. Garante um ambiente terapêutico e seguro

Por fim, a terceira competência do domínio B tem como descritivo: “O Enfermeiro Especialista considera a gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, atua proactivamente promovendo a envolvimento adequada ao bem-estar e gerindo o risco.” (OE, 2019a, p.4747). E divide-se em duas unidades de competência:

- “Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/ grupo;
- Participa na gestão do risco ao nível institucional e/ou de unidades funcionais.”

(OE, 2019a, p.4747-4748)

A identificação constante dos riscos inerentes ao internamento e ainda no domicílio após a alta clínica foi essencial para a realização de um plano de cuidados adequado à proteção necessária de cada cliente, com o intuito de levar a cabo uma série de intervenções que previnem

os riscos identificados. A participação na auditoria para a prevenção de quedas inseriu-se no Grupo de Gestão de Risco do serviço UCCP e permitiu então a aquisição de novos conhecimentos e ferramentas relacionados com esta competência.

6.1.3. Domínio da gestão dos cuidados

6.1.3.1. C1. Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde

Enquadrando a primeira competência do Domínio da gestão de cuidados, o descritivo presente no Regulamento nº 140/2019 da OE é o seguinte: “O Enfermeiro Especialista realiza a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas.” (OE, 2019a, p.4748). Dividindo-se em duas unidades de competência:

- “Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão;
- Supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade.”

(OE, 2019a, p.4748)

A tomada de decisão inerente à prática de enfermagem é essencial para uma prestação de cuidados de qualidade e adequados às necessidades das pessoas dentro dos seus contextos. O que diferencia o enfermeiro generalista do enfermeiro especialista é que o segundo tem o dever de disponibilizar assessoria e participar ativamente no processo de tomada de decisão sempre que o achar pertinente. Ao longo do Estágio Final foi sempre demonstrada, a toda a equipa, a disponibilidade de participação, dentro da área da especialidade, na tomada de decisão e no processo de prestação de cuidados de enfermagem diferenciados. Foi ainda possível trabalhar com uma equipa multidisciplinar com o objetivo de criar um ambiente de prestação de cuidados holístico e que garantisse a participação em todos os campos de necessidades dos indivíduos e famílias, existindo delegação de tarefas entre os vários elementos desta equipa.

Como fator facilitador na aquisição desta competência identifica-se a disponibilidade da equipa para a integração da estudante nos cuidados de enfermagem dos vários doentes do serviço, tendo sido solicitada a colaboração da mesma com o intuito de promover uma maior complexidade de cuidados.

Considera-se que a delegação de tarefas ao longo do Estágio Final, foi uma das dificuldades encontradas, por ser um ambiente diferente do ambiente profissional, sendo que ainda não existia confiança entre os vários profissionais e a estudante e vice-versa, podendo causar alguns

constrangimentos. Esta dificuldade foi abordada com as enfermeiras orientadoras, tornando-se também um fator facilitador na delegação de tarefas e articulação com toda a equipa multidisciplinar. Através da orientação das enfermeiras orientadoras foi possível supervisionar e avaliar a qualidade de execução das tarefas delegadas e foram apresentadas opções de melhoria de atuação sempre que assim se justificou, com o intuito de promover uma melhoria da qualidade e segurança dos cuidados prestados.

6.1.3.2. C2. Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados

A segunda competência deste domínio define que: “O Enfermeiro Especialista, na gestão dos cuidados, adequa os recursos às necessidades de cuidados, identificando o estilo de liderança mais adequado à garantia da qualidade dos cuidados” (OE, 2019a, p.4748) e divide-se também em duas unidades de competência:

- “Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados;
- Adapta o estilo de liderança, do local de trabalho, adequando-o ao clima organizacional e favorecendo a melhor resposta do grupo e dos indivíduos.”

(OE, 2019a, p.4748-4749)

O trabalho em equipa é diretamente dependente dos recursos humanos dos locais de trabalho, deste modo a possibilidade de realizar o Estágio Final em diferentes contextos permitiu o desenvolvimento de técnicas de adaptação aos contextos e à promoção de cuidados de enfermagem de qualidade atendendo às limitações presentes em cada contexto. O trabalho com elementos de outras áreas de atuação presentes na equipa multidisciplinar facilitou a otimização dos recursos tanto durante o internamento como no planeamento da alta. Foi possível adquirir conhecimentos ao nível da liderança profissional e da otimização do clima organizacional através da observação e reflexão das práticas dos enfermeiros especialistas, pois demonstraram técnicas de gestão de equipas e de motivação individual dos seus pares que permitiram uma melhor adesão a novas práticas com o intuito de melhoria dos cuidados.

6.1.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

6.1.4.1. D1. Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade

Chegando à último domínio das competências comuns, esta tem como descritivo:

“O Enfermeiro Especialista demonstra a capacidade de autoconhecimento, que é central na prática de enfermagem, reconhecendo que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. Releva a dimensão de Si e da relação com o Outro, em contexto singular, profissional e organizacional.”

(OE, 2019a, p.4749)

E divide-se então em duas unidades de competência:

- “Detém consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro;
- Gera respostas de adaptabilidade individual e organizacional.”

(OE, 2019a, p. 4749)

A prática reflexiva foi essencial para a aquisição desta competência, pois só reconhecendo as próprias limitações, valores e ideais é possível gerar técnicas que permitam a gestão das mesmas com o objetivo de respeitar sempre o indivíduo, objeto de cuidados, como um todo e de promover o autodesenvolvimento. Considera-se que a partilha de experiências com as enfermeiras orientadoras permitiu várias aprendizagens ao nível da gestão de sentimentos e também da gestão dos mesmos dentro da equipa em que se insere o estágio.

Ainda se considera relevante referir que a realização do Estágio Final em contextos bastante diferentes permitiu a reflexão e adaptação dos cuidados à população existente. No que concerne aos Cuidados Paliativos, considera-se que existe ainda um longo caminho a percorrer e que a realização de estágios académicos nestes contextos poderá trazer novos conhecimentos científicos para a área.

6.1.4.2. D2. Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica

E a última competência tem como descritivo: “O Enfermeiro Especialista alicerça os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação.” (OE, 2019a, p.4749). Dividindo-se então em três unidades de competência:

- “Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho;
- Suporta a prática clínica em evidência científica;
- Promove a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho.”

(OE, 2019a, 4749-4750)

No decorrer de todo o mestrado, foi essencial a procura por novo conhecimento, baseado na evidência científica, deste modo o decorrer do Estágio Final teve por base conhecimentos atuais e adequados aos diferentes contextos e situações clínicas. Com o auxílio dos enfermeiros orientadores foi realizada uma avaliação da necessidade de conhecimentos da equipa multidisciplinar no local de estágio e instituição em que se insere e desenvolvida, como já foi referido anteriormente, a formação sobre “As intervenções de enfermagem à pessoa com deglutição comprometida”, os objetivos da mesma prenderam-se com a correta avaliação da deglutição, adequação dos alimentos fornecidos à pessoa e as intervenções que promovem uma deglutição eficaz e segura, diminuindo o risco de aspiração. Esta formação em associação com os objetivos da instituição relativamente aos padrões de qualidade, permitiu uma nova visão por parte da equipa e a implementação de um novo protocolo de atuação.

6.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Se as Competências Comuns são aquelas inerentes a todos os enfermeiros especialistas, as Competências específicas consistem em competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas. Relativamente à área de Especialização de Enfermagem de Reabilitação, foram definidas pela OE, três competências que serão descritas ao longo do presente capítulo e onde se procederá à reflexão crítica da aquisição das mesmas ao longo do Estágio Final inserido no Mestrado em Enfermagem (OE, 2019b)

Também estas competências se subdividem em unidades de competência que por sua vez se dividem em vários critérios de avaliação.

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

A primeira competência específica define que o EEER:

“Identifica as necessidades de intervenção especializada no domínio da enfermagem de reabilitação em pessoas, de todas as idades, que estão impossibilitadas de executar atividades básicas, de forma independente, em resultado da sua condição de saúde, deficiência, limitação da actividade e restrição de participação, de natureza permanente ou temporária. Concebe, implementa e avalia planos e programas

especializados tendo em vista a qualidade de vida, a reintegração e a participação na sociedade.”

(OE, 2019b, p. 13566)

Dividindo-se então em quatro unidades de competência que são as seguintes:

- “Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da actividade e incapacidades;
- Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade;
- Implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade;
- Avalia os resultados das intervenções implementadas.”

(OE, 2019b, p. 13566-13567)

Através do desenvolvimento do Estágio Final em diferentes contextos clínicos, existiu a possibilidade de participar na prestação de cuidados a pessoas em fases diferentes do ciclo de vida, o que permitiu uma avaliação e adequação dos cuidados de enfermagem planeados que fosse encontro dos objetivos da pessoa e às incapacidades identificadas. Considera-se que o desenvolvimento de um dos estágios num serviço de Cuidados Paliativos, permitiu ainda uma visão diferente dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa em fim de vida, com a definição de novos objetivos de intervenção e nova perceção do impacto de atuação nesta fase do ciclo de vida visto que existe pouco literatura disponibilizada sobre o tema.

Para a elaboração dos planos de cuidados adequados, foi essencial uma visão holística sobre a pessoa a ser cuidada e sobre as várias áreas de atuação da especialidade de Reabilitação, tendo sido possível atuar ao nível motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório e da eliminação. Foram utilizadas escalas de avaliação adequadas às incapacidades identificadas e foram determinados diagnósticos de enfermagem através da aplicação do processo de enfermagem. Foi utilizado o Modelo de AVD e a Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem, como bases teóricas orientadoras da planificação dos cuidados. Após as intervenções desenvolvidas e implementadas procedeu-se sempre à reavaliação da pessoa com o objetivo de avaliar a efetividade das intervenções e a necessidade de novos métodos de atuação, ou até mesmo a extinção de necessidade de intervenção, por aquisição de autonomia.

6.2.2. Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania

A segunda competência do EEER define que este:

“Analisa a problemática da deficiência, limitação da actividade e da restrição da participação na sociedade atual, tendo em vista o desenvolvimento e implementação de ações autónomas e/ou pluridisciplinares de acordo com o enquadramento social, político e económico que visem a uma consciência social inclusiva.”

(OE, 2019b, p.13567)

E divide-se por sua vez em duas unidades de competência:

- “Elabora e implementa programa de treino de AVD visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida;
- Promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social.”

(OE, 2019b, p.13567)

Ao longo dos processos de implementação dos planos de cuidados concebidos, foram realizados treinos de AVD com o objetivo de promover a máxima autonomia na satisfação destas atividades, ultrapassando as incapacidades identificadas e promovendo uma melhoria efetiva da qualidade de vida. Foram identificadas as necessidades de produtos de apoio no domicílio e a referência para profissionais da equipa multidisciplinar que soubessem dar resposta e apoio eficazes a cada indivíduo. Foram identificadas barreiras arquitetónicas do domicílio, acesso ao mesmo e locais que possam fazer parte do contexto diário de cada pessoa. A intervenção estendeu-se ainda à família/cuidadores dos clientes, pois são estes que irão substituir o papel do EEER no domicílio, deste modo, foram realizados ensinamentos e os familiares/cuidadores foram treinados pelo EEER na realização de determinadas tarefas essenciais à otimização das AVD.

6.2.3. Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa

A última competência descreve então que o EEER: “Interage com a pessoa no sentido de desenvolver atividades que permitam maximizar as suas capacidades funcionais e assim permitir um melhor desempenho motor e cardiorrespiratório, potenciando o rendimento e o desenvolvimento pessoal. “(OE, 2019b, p. 13567) que também se divide em duas unidades de competência:

- “Concebe e implementa programas de treino motor e cardiorrespiratório;

- Avalia e reformula programas de treino motor e cardiorrespiratório em função dos resultados esperados.”

(OE, 2019b, p. 13568)

Os programas de treino motor e respiratório, foram os programas maioritariamente implementados ao longo do Estágio Final, por se ter identificado como as áreas de maior necessidade da intervenção do EEER nos contextos em que se inseriu o Estágio Final. Para a realização destes programas foram utilizados vários instrumentos de avaliação tal como escalas de avaliação recomendadas pelas OE e ainda o goniómetro e o estetoscópio. Através destes instrumentos foi realizada uma avaliação pormenorizada das necessidades de cada pessoa e identificadas as intervenções mais adequadas tendo em conta os objetivos de enfermagem de reabilitação bem como os objetivos pessoais de cada indivíduo. Foram utilizados vários materiais para a implementação dos planos de treino como: cicloergómetro, halteres, bastão, bolas, bola de pilates, jogos didáticos entre outros.

Estes programas de treino tiveram ainda em conta a gestão de energia e a intervenção de outros profissionais da área da Medicina Física e Reabilitação. Ao longo da implementação destes programas foi constante a reavaliação das intervenções realizadas e dos resultados obtidos por forma a promover a adequação constante dos programas implementados.

Considera-se que foram adquiridas as competências do EEER.

6.3. COMPETÊNCIAS DE MESTRE

A regulamentação legal das competências de mestre encontra-se descrita no Decreto-Lei nº 65/2018 de 16 de agosto de 2018 da Presidência do Conselho de Ministros. Segundo este documento, o grau de mestre é atribuído a quem demonstre possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível em que aprofunde e desenvolva os conhecimentos adquiridos no 1º ciclo de estudos e que permita a aplicação desses conhecimentos ao nível da investigação; saiba aplicar os seus conhecimentos e capacidade de compreensão e de resolução de problemas em novos contextos; apresente capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou que os condicionem; seja capaz de comunicar conhecimentos e raciocínios e devidas conclusões, quer a especialistas ou não de forma clara

e sem ambiguidades; demonstre competências que permitam uma aprendizagem ao longo da vida de forma auto-orientado ou autónomo.

Considera-se que ao longo de todo o mestrado, foi realizado um planeamento prévio por forma a possibilitar a aquisição das várias competências de mestre, deste modo participou-se em várias atividades e desenvolveram-se trabalhos académicos que permitissem o desenvolvimento destas competências. Através do planeamento do projeto de estágio e da implementação do mesmo foi possível adquirir capacidade de adaptação e de resolução de vários problemas ao longo de todo o percurso.

Foi essencial realizar uma extensa pesquisa de modo a atuar de acordo com a prática baseada na evidência, tendo sido utilizadas diversas bases de dados, utilizada literatura recente e realizada por peritos, bem como se participou em ações de formação e congressos que permitiram a identificação de problemáticas atuais e novas formas de atuação. Por fim foi ainda realizada uma revisão sistemática da literatura com o título: “*The intervention of rehabilitation nurses in patients with deglutition disorders: a systematic review*” que foi publicada no passado dia 28 de março de 2023, no âmbito do *V International Workshop of Gerontechnology IWOG 2022*.

Considera-se que as competências de mestre terão sido adquiridas com sucesso.

7. CONCLUSÃO

A realização do Estágio Final e a constante supervisão e orientação das enfermeiras orientadoras e do professor orientador, possibilitaram a aquisição e consolidação de diversos conhecimentos da área de Enfermagem de Reabilitação. Ainda a busca por novos conhecimentos e interesse da estudante no treino de técnicas aprendidas em sala de aula produziram contributos essenciais para a formação académica e especializada da mestranda.

A utilização da metodologia de estudo de caso no âmbito académico, para o desenvolvimento das competências específicas da especialidade demonstrou-se ser uma ferramenta de aprendizagem valiosa para a sistematização dos cuidados, produção de conhecimento científico e desenvolvimento do raciocínio clínico. Permitiu desenvolver planos de intervenção complexos e individualizados, tendo em conta as necessidades dos doentes e com vista ao aumento da sua autonomia e funcionalidade. Foi possível obter ganhos em saúde e considero que existindo a possibilidade de manter o acompanhamento dos utentes por um período mais prolongado, estes ganhos seriam mais evidentes.

Os diferentes contextos de estágio permitiram a identificação de diferentes estratégias de intervenção e a oportunidade para compreender a relevância do EEER na gestão das equipas tal como o impacto na melhoria contínua dos cuidados. A possibilidade de trabalhar e articular os cuidados com outros profissionais de saúde da equipa multidisciplinar possibilitou o desenvolvimento de competências para o trabalho em equipa, bem como a capacidade de gestão dos programas de intervenção de cada pessoa.

Através da realização da reflexão das competências ao longo de todo o Estágio Final, foi possível identificar as áreas de maior necessidade pessoal de investimento, bem como as várias competências que poderiam ser adquiridas nos diferentes contextos. Considera-se que o diálogo constante com as enfermeiras orientadoras permitiu a procura por diversas oportunidades de aquisição de competências e reformulação dos objetivos de estágio. Considera-se ainda importante esta reflexão na consolidação pessoal do papel do EEER com vista à aplicação na prática profissional futura.

Considera-se que existiram momentos em que a gestão da carga horária académica e profissional foi um fator de constrangimento na motivação da mestranda e na assimilação de todas as aprendizagens possibilitadas ao longo do Estágio Final. Porém a disponibilidade das enfermeiras orientadoras, a disponibilidade dos restantes EEER dos serviços de UAVC e UCCP, o acompanhamento do professor supervisor e a disponibilidade e reforço positivo dos

A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na capacitação da pessoa com deglutição comprometida

colegas de trabalho da mestranda, mostraram-se elementos facilitadores na agilização de horários de estágio, trabalho e repouso, tendo sido possível concluir esta etapa com sucesso académico.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, J., Amaral, C., Lucas, I., Laíns, J., & Matos, M. (2017). GUSS: Teste de Avaliação da Deglutição - Português (versão I). 7th European Society for Swallowing Disorders Congress in Barcelona, September. <https://gussgroupinternational.wordpress.com/guss-sheets/>
- Araújo, P., Soares, A., Ribeiro, O., & Martins, M. (2021). Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa adulta/idosa com compromisso no sistema nervoso. In *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas* (pp. 164–233).
- Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação [APER]. (2010). Contributos para o Plano Nacional de Saúde 2011-2016 - Maximizar os ganhos em saúde da população: os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação como agentes na obtenção de ganhos em saúde. 1–5.
- Babu, V. (2017). Thrombolysis in cerebral infarction (TICI) scale. Radiopaedia. <https://radiopaedia.org/articles/thrombolysis-in-cerebral-infarction-tici-scale>
- Bleeckx, D. (2004). *Disfagia: Evaluación y Reeducción de los Trastornos de la Deglución*. McGraw Hill.
- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem [CIPE]. (2019). ICNP Browser. <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>
- Comissão Nacional de Cuidados Paliativos [CNCP]. (2021). Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos 2021-2022. 2–60.
- Crowe, S., Cresswell, K., Robertson, A., Huby, G., Avery, A., & Sheikh, A. (2011). The case study approach. *BMC Medical Research Methodology*, 1.
- Cugy, E., Engelhardt, M., Gallice, T., Nouard, L., Saint-Victor, S., & Delleci, C. (2018). Troubles de la déglutition après un accident vasculaire cérébral. XXII. <https://www.edimark.fr/lettre-neurologue/troubles-deglutition-apres-accident-vasculaire-cerebral>
- Direção-Geral da Saúde [DGS] (2011). Norma 054/2011 - Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e de Reabilitação, (2011).
- Direção Geral de Saúde [DGS]. (2017). Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Adulto. In Norma No 015/2017. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/via-verde-do-acidente-vascular-cerebral-no-adulto.pdf>

- Estrela, F., Schneider, F., Aquini, M., Marrone, A., Steffani, M., & Jotz, G. (2009a). Controle Neurológico da Deglutição. In G. Jotz, E. Angelis, & A. Barros (Eds.), Tratado da Deglutição e Disfagia: No adulto e na criança (pp. 20–34). REVINTER.
- Estrela, F., Motta, L., & Elias, V. (2009b). Deglutição e Processo de Envelhecimento. In G. Jotz, E. Angelis, & A. Barros (Eds.), Tratado da Deglutição e Disfagia: No adulto e na criança (pp. 54–60). REVINTER.
- Evangelista, D., & Ivo, O. (2014). Contribuições Do Estágio Supervisionado Para a Formação Do Profissional De Enfermagem: Expectativas E Desafios. Revista Enfermagem Contemporânea, 3(2). <https://doi.org/10.17267/2317-3378rec.v3i2.391>
- Jotz, G., Schneider, A., Oliveira, V., Leão, H., Oliveira, F., Costa, R., & Galvagni, C. (2009a). Anatomia da Cavidade Oral, Orofaringe, Hipofaringe, Laringe e Esófago. In G. Jotz, E. Angelis, & A. Barros (Eds.), Tratado da Deglutição e Disfagia: No adulto e na criança (pp. 3–15). REVINTER.
- Jotz, G., Angelis, E., & Barros, A. (2009b). Tratado da Deglutição e Disfagia: No adulto e na criança. REVINTER.
- Jotz, G., & Dornelles, S. (2009). Fisiologia da Deglutição. In G. Jotz, E. Angelis, & A. Barros (Eds.), Tratado da Deglutição e Disfagia: No adulto e na criança (pp. 16–19). REVINTER.
- Lista, A., Correia, J., & Fonseca, C. (2017). A Teoria do Autocuidado, uma proposta reflexiva dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação. Journal of Aging & Innovation, 6(2), 13–16. <http://journalofagingandinnovation.org/wp-content/uploads/2-Auto-Cuidado-Proposta-de-Intervenção.pdf>
- Matos, K., Oliveira, V., Oliveira, P. & Neto, P. (2021). An overview of dysphagia rehabilitation for stroke patients. Arquivos de Neuro-Psiquiatria, 80(1), 84–96. <https://doi.org/10.1590/0004-282X-ANP-2021-0073>
- Matsuo, K., & Palmer, J. (2008). Anatomy and Physiology of Feeding and Swallowing: Normal and Abnormal. Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America, 19(4), 691–707. <https://doi.org/10.1016/j.pmr.2008.06.001>
- McCaugherty, D. (1992). The Roper nursing model as an educational and research tool. British Journal of Nursing, 1(9), 455–459.

- Mendes, F., Gemito, M., Caldeira, E., Serra, I., & Casas-Novas, M. (2017). A continuidade de cuidados de saúde na perspetiva dos utentes. *Ciência e Saúde Coletiva*, 22(3), 843–855. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.26292015>
- Mendes, I., Ganito, C., & Moreira, J. (2023). The Intervention of Rehabilitation Nurses in Patients with Deglutition Disorders: A Systematic Review. In E. Moguel, L. Pinho, & C. Fonseca (Eds.), *Gerontechnology V: Contributions to the Fifth International Workshop on Gerontechnology, IWoG 2022* (pp. 311–324). Springer Nature Switzerland AG.
- Moura, G., Nascimento, J., Lima, M., Frota, N., Cristino, V., & Caetano, J. (2015). Activities of living of disabled people according to the Roper-Logan- Tierney model of nursing. *Revista Da Rede de Enfermagem Do Nordeste*, 16(3), 317–326. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2015000300004>
- National Institutes of Health [NIH]. (2017). Health Professional Resources. <https://www.stroke.nih.gov/resources/index.htm>
- Oliveira, I., Couto, G., Moreira, A., Gonçalves, C., Marques, M., & Ferreira, P. (2021). The Portuguese version of the Gugging Swallowing Screen: results from its application. *Millenium*, 2(16), 93–101.
- Oliveira, I., Couto, G., & Mota, L. (2019). Terapêuticas de enfermagem na pessoa com deglutição comprometida após acidente vascular cerebral. *Revista de Enfermagem Referência*, IV Série(23), 133–140. <https://doi.org/10.12707/riv19057>
- Oliveira, V. (2012). Acidente Vascular Cerebral em Portugal - O Caminho para a Mudança. *Acta Medica Portuguesa*, 25(5), 263–264.
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2018). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados de Enfermagem de Reabilitação. In *Ordem dos Enfermeiros* (pp. 1–19). https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8141/ponto-4_regulamento-dos-padrões-qualidade-ceer.pdf
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2019a). Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, 2.ª série, nº 26, 4744-4750.

- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2019b). Regulamento nº392/2019 de 3 de maio. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Diário da República, 2.ª série, nº85, 13565-13568.
- Peixoto, N. & Peixoto, T. (2016). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. Revista de Enfermagem Referência, 121–132. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV16030>
- Pereira, M., Xavier, S., Araújo, M., Valença, C., Menezes, R., & Germano, R. (2011). A TEORIA DO AUTOCUIDADO DE OREM E SUA APLICABILIDADE COMO MARCO TEÓRICO: ANÁLISE DE UMA PESQUISA. Revista de Enfermagem UFPE on Line, 5(4), 896. <https://doi.org/10.5205/reuol.1302-9310-1-le.0504201106>
- Pierpoint, M., & Pillay, M. (2020). Post-stroke dysphagia: An exploration of initial identification and management performed by nurses and doctors. South African Journal of Communication Disorders, 67(1), 1–13. <https://doi.org/10.4102/SAJCD.V67I1.625>
- Presidência do Conselho de Ministros (2018). Decreto-Lei nº 65/2018 de 16 de agosto. Diário da República, 1.ª série, nº157, 4147 – 4182.
- Queirós, P., Vidinha, T., & Almeida Filho, A. (2014). Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. Revista de Enfermagem Referência, IV(3), 157–164.
- Rampellotti, L., & Pasqualli, R. (2019). Estágios Curriculares no Ensino da Enfermagem: Espaço Privilegiado de Conhecimento. Educação Profissional e Tecnológica Em Revista, 3, 37–50.
- Rodrigues, R. (2021). Cuidados Continuados em Portugal e na Europa. In M. Lopes & C. Sakellarides (Eds.), Os Cuidados de Saúde Face aos Desafios do Nosso Tempo: Contributos para a Gestão da Mudança (pp. 33–38). Imprensa da Universidade de Évora.
- Santos, A., Ramos, A., & Fonseca, C. (2017). Da formação à prática: Importância das Teorias do Autocuidado no Processo de Enfermagem para a melhoria dos cuidados. Journal of Aging and Innovation, 6, 51–54. <http://journalofagingandinnovation.org/wp-content/uploads/6-Autocuidado-formação.pdf>

- Silva, M. (2020). Caracterização e Análise de Custos da Disfagia Orofaríngea numa Unidade de Cuidados Continuados de Média Duração e Reabilitação. PQDT - Global, 90. <https://www.proquest.com/dissertations-theses/caracterização-e-análise-de-custos-da-disfagia/docview/2629030764/se-2?accountid=15083>
- Simões, J. (2017). Metodologia de Estudo de Caso no Ensino Clínico de Enfermagem. In TEACHING DAY'17: A Investigação no ensino-aprendizagem: práticas de articulação. <https://doi.org/10.1177/0306419017708637>
- Trapl, M., Enderle, P., Nowotny, M., Teuschl, Y., Matz, K., Dachenhausen, A., & Brainin, M. (2007). Dysphagia bedside screening for acute-stroke patients: The gugging swallowing screen. *Stroke*, 38(11), 2948–2952. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.107.483933>
- Universidade do Sul de Santa Catarina [Unisul]. (2014). Metodologia para Estudo de Caso (Vol. 1).
- Williams, B. (2015). The Roper-Logan-Tierney model of nursing: A framework to complement the nursing process. *Nursing*, 45(3), 24–26. <https://doi.org/10.1097/01.NURSE.0000460730.79859.d4>
- Ximenes, M., Brandão, M., Gomes, J., Brito, O., Neto, N., Barros, L., & Caetano, J. (2020). Modelo de Atividades de Vida Diária na Prática de Enfermagem. In *Diário da Teoria e Prática na Enfermagem 6* (Vol. 59, pp. 94–107). Atena Editora.

ANEXOS

ANEXO I - ESCALA DE GUSS

Nome:
PU:
Data:
Hora:

GUSS Gugging Swallowing Test

(Teste de Avaliação da Deglutição)

Secção 1. Avaliação preliminar / teste de deglutição indirecto

	SIM	NÃO
Vígil (o doente deve estar alerta durante pelo menos 15 minutos)	☐ 1	☐ 0
Tosse e/ou pigarreio (tosse voluntária) (o doente deve conseguir tossir ou pigarrear 2 vezes)	☐ 1	☐ 0
Deglutição de saliva	☐ 1	☐ 0
• Deglutição sem alteração	☐ 1	☐ 0
• Escape de saliva	☐ 0	☐ 1
• Modificação da voz (rouca, gorgolejante, molhada ou fraca)	☐ 0	☐ 1
TOTAL:	(5)	
	1 – 4 = Investigação posterior ¹ 5 = Continuar para a secção 2	

Secção 2. Teste de deglutição directo (Material: água bidestilada, colher de chá rasa, espessante, pão)

Seguir a ordem:	1 → SEMISSÓLIDO*	2 → LÍQUIDO**	3 → SÓLIDO***
DEGLUTIÇÃO			
• Impossível	☐ 0	☐ 0	☐ 0
• Demorada (> 2 seg.) (sólidos > 10 seg.)	☐ 1	☐ 1	☐ 1
• Sem alteração	☐ 2	☐ 2	☐ 2
TOSSE (involuntária) (antes, durante ou após a deglutição – até 3 minutos após)			
• Sim	☐ 0	☐ 0	☐ 0
• Não	☐ 1	☐ 1	☐ 1
ESCAPE DE SALIVA			
• Sim	☐ 0	☐ 0	☐ 0
• Não	☐ 1	☐ 1	☐ 1
MODIFICAÇÃO DA VOZ (escutar a voz antes e após a deglutição – o doente deve dizer “i”)			
• Sim	☐ 0	☐ 0	☐ 0
• Não	☐ 1	☐ 1	☐ 1
TOTAL:	(5)	(5)	(5)
	1 – 4 = Investigação posterior ¹ 5 = Continuar para líquido	1 – 4 = Investigação posterior ¹ 5 = Continuar para sólido	1 – 4 = Investigação posterior ¹ 5 = Normal
TOTAL: (Secção 1 + Secção 2) (20)			

Authors: Joana Lopes de Almeida, Carla Manuel Tavares de Pina Amaral, Inês de Barros Oliveira Lucas, Jorge Manuel Costa Lains and Maria da Assunção Coelho de Matos

Reference: Study results were presented at the 7th European Society for Swallowing Disorders Congress in Barcelona, Spain, 21-23 September 2017

A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na capacitação da pessoa com deglutição comprometida

*	Primeiro administre entre 1/3 a metade de uma colher de chá com água bidestilada e espessante (consistência de pudim). Se ausência de sintomas, administrar 3 a 5 colheres. Avaliar no final da última colher.
**	Administre, com uma colher, as quantidades 3, 5, 10, 20 ml de água bidestilada – se ausência de sintomas continuar com um copo com 50 ml de água bidestilada (Daniels et al.2000; Gottlieb et al.1996). Avaliar e interromper a investigação quando um ou mais critérios sejam observados.
***	Administre uma pequena porção de pão seco
¹	Encaminhar para médico fisiatra/terapeuta da fala

RESULTADOS	GRAVIDADE	RECOMENDAÇÕES
20 Semissólido, líquido e sólido com sucesso	Disfagia ligeira / sem disfagia Risco mínimo de aspiração	- Dieta normal - Líquidos normais (primeira refeição sob supervisão de Terapeuta da Fala ou Enfermeiro com experiência em AVC)
15–19 Semissólido e líquido com sucesso Sólido sem sucesso	Disfagia ligeira Baixo risco de aspiração	- Dieta para disfagia (purés e comida mole) - Líquidos muito devagar (um gole de cada vez) - Avaliação especializada¹
10–14 Semissólido com sucesso Líquido sem sucesso	Disfagia moderada Risco de aspiração	Dieta para disfagia começando com: - Textura semissólida como comida de bebé e alimentação parentérica adicional - Líquidos espessados - Comprimidos esmagados e misturados em líquido espessado - Não administrar medicação líquida - Avaliação especializada¹ Suplementação por via nasogástrica ou parentérica
0-9 Investigação preliminar sem sucesso ou semissólido sem sucesso	Disfagia grave Alto risco de aspiração	- NPO (<i>non per os</i> – proibida alimentação por via oral) - Avaliação especializada¹ Suplementação por via nasogástrica ou parentérica

Authors: Joana Lopes de Almeida, Carla Manuel Tavares de Pina Amaral, Inês de Barros Oliveira Lucas, Jorge Manuel Costa Laíns and Maria da Assunção Coelho de Matos

Reference: Study results were presented at the 7th European Society for Swallowing Disorders Congress in Barcelona, Spain, 21-23 September 2017

Fonte: Almeida, J., Amaral, C., Lucas, I., Laíns, J., & Matos, M. (2017). GUSS: Teste de Avaliação da Deglutição - Português (versão I). *7th European Society for Swallowing Disorders Congress in Barcelona, September*. <https://gussgroupinternational.wordpress.com/guss-sheets/>

ANEXO II – ESCALA TICI

Thrombolysis in cerebral infarction (TICI) scale



Last revised by [Varun Babu](#) on 21 Dec 2017

+ Citation, DOI, disclosures and article data

Edit article



The **thrombolysis in cerebral infarction (TICI)** grading system was described in 2003 by Higashida et al. ¹ as a tool for determining the response of thrombolytic therapy for **ischemic stroke**. In neurointerventional radiology it is commonly used for patients post endovascular revascularization. Like most therapy response grading systems, it predicts prognosis.

Classification

The original description ¹ was based on the angiographic appearances of the treated occluded vessel and the distal branches:

- Grade 0: no perfusion
- Grade 1: penetration with minimal perfusion
- Grade 2: partial perfusion
 - Grade 2A: only partial filling (less than two-thirds) of the entire vascular territory is visualized
 - Grade 2B: complete filling of all of the expected vascular territory is visualized but the filling is slower than normal
- Grade 3: complete perfusion

Fonte: Babu, V. (2017). *Thrombolysis in cerebral infarction (TICI) scale*. Radiopaedia. <https://radiopaedia.org/articles/thrombolysis-in-cerebral-infarction-tici-scale>

ANEXO III - ESCALA NIHSS

NIH STROKE SCALE

Identificação do Paciente

Nome: _____

Registro: _____

Exame inicial: Data ____/____/____

Instrução	Definição da escala	Escore	Hora
1a. Nível de Consciência O investigador deve escolher uma resposta mesmo se uma avaliação completa é prejudicada por obstáculos como um tubo orotraqueal, barreiras de linguagem, trauma ou curativo orotraqueal. Um 3 é dado apenas se o paciente não faz nenhum movimento (outro além de postura reflexa) em resposta à estimulação dolorosa.	0 = Alerta; responde com entusiasmo. 1 = Não alerta, mas ao ser acordado por mínima estimulação obedece, responde ou reage. 2 = Não alerta, requer repetida estimulação ou estimulação dolorosa para realizar movimentos (não estereotipados). 3 = Responde somente com reflexo motor ou reações autonômicas, ou totalmente irresponsivo, flácido e arreflexo.	_____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____
1b. Perguntas de Nível de Consciência O paciente é questionado sobre o mês e sua idade. A resposta deve ser correta - não há nota parcial por chegar perto. Pacientes com afasia ou esturpor que não compreendem as perguntas irão receber 2. Pacientes incapacitados de falar devido a intubação orotraqueal, trauma orotraqueal, disartria grave de qualquer causa, barreiras de linguagem ou qualquer outro problema não secundário a afasia receberão um 1. É importante que somente a resposta inicial seja considerada e que o examinador não "ajude" o paciente com dicas verbais ou não verbais.	0 = Responde ambas as questões corretamente. 1 = Responde uma questão corretamente. 2 = Não responde nenhuma questão corretamente.	_____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____
1c. Comandos de Nível de Consciência O paciente é solicitado a abrir e fechar os olhos e então abrir e fechar a mão não parética. Substitua por outro comando de um único passo se as mãos não podem ser utilizadas. É dado crédito se uma tentativa inequívoca é feita, mas não completada devido à fraqueza. Se o paciente não responde ao comando, a tarefa deve ser demonstrada a ele (pantomima) e o resultado registrado (i.e., segue um, nenhum ou ambos os comandos). Aos pacientes com trauma, amputação ou outro impedimento físico devem ser dados comandos únicos compatíveis. Somente a primeira tentativa é registrada.	0 = Realiza ambas as tarefas corretamente. 1 = Realiza uma tarefa corretamente. 2 = Não realiza nenhuma tarefa corretamente.	_____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____
2. Melhor olhar conjugado Somente os movimentos oculares horizontais são testados. Movimentos oculares voluntários ou reflexos (óculo-cefálico) recebem nota, mas a prova calórica não é usada. Se o paciente tem um desvio conjugado do olhar, que pode ser sobreposto por atividade voluntária ou reflexa, o escore será 1. Se o paciente tem uma paresia de nervo periférica isolada (NC III, IV ou VI), marque 1. O olhar é testado em todos os pacientes afásicos. Os pacientes com trauma ocular, curativos, cegueira preexistente ou outro distúrbio de acuidade ou campo visual devem ser testados com movimentos reflexos e a escolha feita pelo investigador. Estabelecer contato visual e, então, mover-se perto do paciente de um lado para outro, pode esclarecer a presença de paralisia do olhar.	0 = Normal. 1 = Paralisia parcial do olhar. Este escore é dado quando o olhar é anormal em um ou ambos os olhos, mas não há desvio forçado ou paresia total do olhar. 2 = Desvio forçado ou paralisia total do olhar que não podem ser vencidos pela manobra óculo-cefálica.	_____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____

Instrução	Definição da escala	Escore	Hora
3. Visual OS campos visuais (quadrantes superiores e inferiores) são testados por confrontação, utilizando contagem de dedos ou ameaça visual, conforme apropriado. O paciente deve ser encorajado, mas se olha para o lado do movimento dos dedos, deve ser considerado como normal. Se houver cegueira unilateral ou enucleação, os campos visuais no olho restante são avaliados. Marque 1 somente se uma clara assimetria, incluindo quadrantanopsia, for encontrada. Se o paciente é cego por qualquer causa, marque 3. Estimulação dupla simultânea é realizada neste momento. Se houver uma extinção, o paciente recebe 1 e os resultados são usados para responder a questão 11.	0 = Sem perda visual. 1 = Hemianopsia parcial. 2 = Hemianopsia completa. 3 = Hemianopsia bilateral (cego, incluindo cegueira cortical).	 	
4. Paralisia Facial Pergunte ou use pantomima para encorajar o paciente a mostrar os dentes ou sorrir e fechar os olhos. Considere a simetria de contração facial em resposta a estímulo doloroso em paciente pouco responsivo ou incapaz de compreender. Na presença de trauma /curativo facial, tubo orotraqueal, esparadrapo ou outra barreira física que obscureça a face, estes devem ser removidos, tanto quanto possível.	0 = Movimentos normais simétricos. 1 = Paralisia facial leve (apagamento de prega nasolabial, assimetria no sorriso). 2 = Paralisia facial central evidente (paralisia facial total ou quase total da região inferior da face). 3 = Paralisia facial completa (ausência de movimentos faciais das regiões superior e inferior da face).	 	
5. Motor para braços O braço é colocado na posição apropriada: extensão dos braços (palmas para baixo) a 90° (se sentado) ou a 45° (se deitado). É valorizada queda do braço se esta ocorre antes de 10 segundos. O paciente afásico é encorajado através de firmeza na voz e de pantomima, mas não com estimulação dolorosa. Cada membro é testado isoladamente, iniciando pelo braço não-parético. Somente em caso de amputação ou de fusão de articulação no ombro, o item deve ser considerado não-testável (NT), e uma explicação deve ser escrita para esta escolha.	0 = Sem queda; mantém o braço 90° (ou 45°) por 10 segundos completos. 1 = Queda; mantém o braço a 90° (ou 45°), porém este apresenta queda antes dos 10 segundos completos; não toca a cama ou outro suporte. 2 = Algum esforço contra a gravidade; o braço não atinge ou não mantém 90° (ou 45°), cai na cama, mas tem alguma força contra a gravidade. 3 = Nenhum esforço contra a gravidade; braço despenca. 4 = Nenhum movimento. NT = Amputação ou fusão articular, explique: _____ 5a. Braço esquerdo 5b. Braço direito	 	
6. Motor para pernas A perna é colocada na posição apropriada: extensão a 30° (sempre na posição supina). É valorizada queda do braço se esta ocorre antes de 5 segundos. O paciente afásico é encorajado através de firmeza na voz e de pantomima, mas não com estimulação dolorosa. Cada membro é testado isoladamente, iniciando pela perna não-parética. Somente em caso de amputação ou de fusão de articulação no quadril, o item deve ser considerado não-testável (NT), e uma explicação deve ser escrita para esta escolha.	0 = Sem queda; mantém a perna a 30° por 5 segundos completos. 1 = Queda; mantém a perna a 30°, porém esta apresenta queda antes dos 5 segundos completos; não toca a cama ou outro suporte. 2 = Algum esforço contra a gravidade; a perna não atinge ou não mantém 30°, cai na cama, mas tem alguma força contra a gravidade. 3 = Nenhum esforço contra a gravidade; perna despenca. 4 = Nenhum movimento. NT = Amputação ou fusão articular, explique: _____ 6a. Perna esquerda 6b. Perna direita	 	

Instrução	Definição da escala	Escore	Hora
7. Ataxia de membros Este item é avaliado se existe evidência de uma lesão cerebelar unilateral. Teste com os olhos abertos. Em caso de defeito visual, assegure-se que o teste é feito no campo visual intacto. Os testes index-nariz e calcanhar Joelho são realizados em ambos os lados e a ataxia é valorizada, somente, se for desproporcional à fraqueza. A ataxia é considerada ausente no paciente que não pode entender ou está hemiplégico. Somente em caso de amputação ou de fusão de articulações, o item deve ser considerado não-testável (NT), e uma explicação deve ser escrita para esta escolha. Em caso de cegueira, teste tocando o nariz, a partir de uma posição com os braços estendidos.	0 = Ausente. 1 = Presente em 1 membro. 2 = Presente em dois membros. NT = Amputação ou fusão articular, explique: _____	_____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____
8. Sensibilidade Avalie sensibilidade ou mímica facial ao beliscar ou retirada do estímulo doloroso em paciente torporoso ou afásico. Somente a perda de sensibilidade atribuída ao AVC é registrada como anormal e o examinador deve testar tantas áreas do corpo (braços [exceto mãos], pernas, tronco e face) quantas forem necessárias para verificar acuradamente uma perda hemisensitiva. Um escore de 2, "grave ou total" deve ser dado somente quando uma perda grave ou total da sensibilidade pode ser claramente demonstrada. Portanto, pacientes em estupor e afásicos irão receber provavelmente 1 ou 0. O paciente com AVC de tronco que tem perda de sensibilidade bilateral recebe 2. Se o paciente não responde e está quadriplégico, marque 2. Pacientes em coma (item 1a=3) recebem arbitrariamente 2 neste item.	0 = Normal; nenhuma perda. 1 = Perda sensitiva leve a moderada; a sensibilidade ao beliscar é menos aguda ou diminuída do lado afetado, ou há uma perda da dor superficial ao beliscar, mas o paciente está ciente de que está sendo tocado. 2 = Perda da sensibilidade grave ou total; o paciente não sente que está sendo tocado.	_____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____
9. Melhor linguagem Uma grande quantidade de informações acerca da compreensão pode obtida durante a aplicação dos itens precedentes do exame. O paciente é solicitado a descrever o que está acontecendo no quadro em anexo, a nomear os itens na lista de identificação anexa e a ler da lista de sentença anexa. A compreensão é julgada a partir destas respostas assim como das de todos os comandos no exame neurológico geral precedente. Se a perda visual interfere com os testes, peça ao paciente que identifique objetos colocados em sua mão, repita e produza falas. O paciente intubado deve ser incentivado a escrever. O paciente em coma (Item 1A=3) receberá automaticamente 3 neste item. O examinador deve escolher um escore para pacientes em estupor ou pouco cooperativos, mas a pontuação 3 deve ser reservada ao paciente que está mudo e que não segue nenhum comando simples.	0 = Sem afasia; normal. 1 = Afasia leve a moderada; alguma perda óbvia da fluência ou dificuldade de compreensão, sem limitação significativa das idéias expressão ou forma de expressão. A redução do discurso e/ou compreensão, entretanto, dificultam ou impossibilitam a conversação sobre o material fornecido. Por exemplo, na conversa sobre o material fornecido, o examinador pode identificar figuras ou item da lista de nomeação a partir da resposta do paciente. 2 = Afasia grave; toda a comunicação é feita através de expressões fragmentadas; grande necessidade de interferência, questionamento e adivinhação por parte do ouvinte. A quantidade de informação que pode ser trocada é limitada; o ouvinte carrega o fardo da comunicação. O examinador não consegue identificar itens do material fornecido a partir da resposta do paciente. 3 = Mudo, afasia global; nenhuma fala útil ou compreensão auditiva.	_____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____

A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na capacitação da pessoa com deglutição comprometida

Instrução	Definição da escala	Escore	Hora
10. Disartria Se acredita que o paciente é normal, uma avaliação mais adequada é obtida, pedindo-se ao paciente que leia ou repita palavras da lista anexa. Se o paciente tem afasia grave, a clareza da articulação da fala espontânea pode ser graduada. Somente se o paciente estiver intubado ou tiver outras barreiras físicas a produção da fala, este item deverá ser considerado não testável (NT). Não diga ao paciente por que ele está sendo testado.	0 = Normal. 1 = Disartria leve a moderada; paciente arrasta pelo menos algumas palavras, e na pior das hipóteses, pode ser entendido, com alguma dificuldade. 2 = Disartria grave; fala do paciente é tão empastada que chega a ser ininteligível, na ausência de disfasia ou com disfasia desproporcional, ou é mudo/anártrico. NT = Intubado ou outra barreira física; explique	 	
11. Extinção ou Desatenção (antiga negligência) Informação suficiente para a identificação de negligência pode ter sido obtida durante os testes anteriores. Se o paciente tem perda visual grave, que impede o teste da estimulação visual dupla simultânea, e os estímulos cutâneos são normais, o escore é normal. Se o paciente tem afasia, mas parece atentar para ambos os lados, o escore é normal. A presença de negligência espacial visual ou anosagnosia pode também ser considerada como evidência de negligência. Como a anormalidade só é pontuada se presente, o item nunca é considerado não testável.	0 = Nenhuma anormalidade. 1 = Desatenção visual, tátil, auditiva, espacial ou pessoal, ou extinção à estimulação simultânea em uma das modalidades sensoriais. 2 = Profunda hemi-desatenção ou hemi-desatenção para mais de uma modalidade; não reconhece a própria mão e se orienta somente para um lado do espaço.	 	

Fonte: National Institutes of Health [NIH]. (2017). *Health Professional Resources*. <https://www.stroke.nih.gov/resources/index.htm>

ANEXO IV - ÍNDICE DE BARTHEL

1.Alimentação	
Independente.....	☐ 10
Precisa de alguma ajuda (por exemplo para cortar os alimentos)	☐ 5
Dependente.....	☐ 0
2.Transferências	
Independente.....	☐ 15
Precisa de alguma ajuda	☐ 10
Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se	☐ 5
Dependente, não tem equilíbrio sentado	☐ 0
3.Toalete	
Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes	☐ 5
Dependente, necessita de alguma ajuda	☐ 0
4.Utilização do WC	
Independente.....	☐ 10
Precisa de alguma ajuda	☐ 5
Dependente.....	☐ 0
5.Banho	
Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda)	☐ 5
Dependente, necessita de alguma ajuda	☐ 0
6. Mobilidade	
Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses).....	☐ 15
Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda	☐ 10
Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas.....	☐ 5
Imóvel	☐ 0
7.Subir e Descer Escadas	
Independente, com ou sem ajudas técnicas	☐ 10
Precisa de ajuda.....	☐ 5
Dependente.....	☐ 0
8.Vestir	
Independente.....	☐ 10
Com ajuda	☐ 5
Impossível	☐ 0
9.Controlo Intestinal	
Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar	☐ 10
Acidente ocasional	☐ 5
Incontinente ou precisa de uso de clisteres	☐ 0
10.Controlo Urinário	
Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algália sozinho	☐ 10
Acidente ocasional (máximo uma vez por semana).....	☐ 5
Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho	☐ 0
TOTAL	

Fonte: Direção-Geral da Saúde [DGS] (2011). Norma 054/2011 - Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e de Reabilitação, (2011).

APÊNDICES

APÊNDICE I - SESSÃO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO: INTERVENÇÃO DE
ENFERMAGEM À PESSOA COM DEGLUTIÇÃO COMPROMETIDA

Intervenção de Enfermagem à Pessoa com Deglutição Comprometida

Índice

1. Deglutição
 - 1.1. Anatomia da Deglutição
 - 1.2. Fisiologia da Deglutição
2. Alterações da deglutição
3. Escala de avaliação da deglutição de GUSS
4. Intervenções de enfermagem para a promoção de uma deglutição segura
 - 4.1. Estratégias compensatórias posturais
 - 4.2. Estratégias compensatórias sensoriais
 - 4.3. Técnicas de deglutição
5. Conclusão
6. Bibliografia

Deglutição

- Segundo a CIPE (2019) o processo de deglutição consiste na passagem dos líquidos e dos alimentos fragmentados, pelo movimento da língua e dos músculos, da boca para o estômago através da orofaringe e esôfago.

Anatomia da Deglutição

[illegible]

Pattner JB, Mendenhall DM, Marnett K. Rehabilitation of Patients with Swallowing Disorders. In: Brashers K (Ed). *Physical Medicine and Rehabilitation: Principles and Practice*. Philadelphia: Elsevier, 2006. pp. 997-1016.

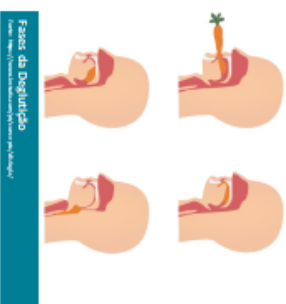
- O processo de deglutição envolve vários músculos da cavidade oral e pescoço assim como 5 dos pares cranianos (Matsuo & Palmer, 2008).

Fisiologia da Deglutição

Fases da deglutição

- Fase oral preparatória
- Fase oral
- Fase faríngea
- Fase esofágica

(Mazzaro & Palmer, 2008)

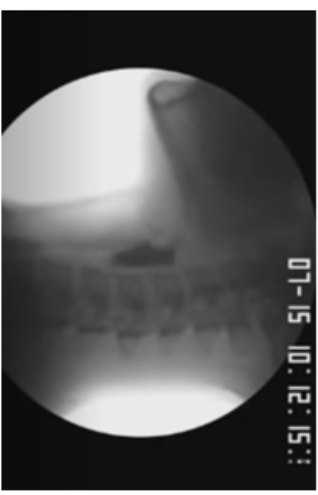


O diagrama ilustra as quatro fases da deglutição em cortes transversais da cabeça humana. 1. Fase oral preparatória: a língua levanta o palato mole para fechar a cavidade nasal. 2. Fase oral: a língua empurra o alimento para trás na boca. 3. Fase faríngea: a laringe sobe e se fecha para evitar a aspiração, enquanto o alimento desce para o esôfago. 4. Fase esofágica: o alimento é empurrado para o esôfago pelo peristaltismo. Uma seta vermelha indica o caminho do alimento.

Fases da Deglutição
Fonte: <http://www.slideshare.net/pt/degut>

5

Fisiologia da deglutição



A imagem mostra um exame de deglutição, provavelmente uma videofluoroscopia, com um cronômetro no canto inferior direito indicando o tempo: 01:15:10:12:15:11.

6

Comer, deglutir e respirar

- A coordenação entre estas três funções é essencial para uma deglutição futura.
- É através desta coordenação que é possível deglutir sem existir aspiração de alimentos e líquidos.

(Mazzaro & Palmer, 2008)

7

Alterações da deglutição

- Alterações do estado de consciência
- Alterações anatómicas
 - Alterações congénitas das estruturas;
 - Neoplasia;
 - Mucosite, etc.
- Alterações funcionais
 - Alteração dos pares cranianos presentes na deglutição;
 - Alteração da força muscular dos músculos presentes na deglutição;
 - Xerostomia, etc.

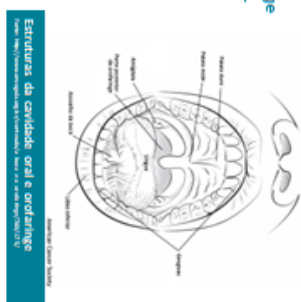
(Mazzaro & Palmer 2008)

8

Avaliação das estruturas da cavidade oral e orofaringe

Avaliação das estruturas da cavidade oral e orofaringe

- Protusão da língua
- Elevação do palato
- Posição da úvula
- Reflexo de vômito
- Reflexo de Tosse



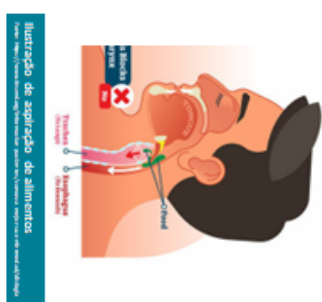
5

Sinais de Aspiração

Sinais de Aspiração

- Lacrimejo;
- Estase salivar/ alimentar;
- Tosse durante ingestão de líquidos ou sólidos;
- Pigarrear;
- Hipofonia.

(Almeida et al., 2017; Trapl et al., 2007)



10

Escala de avaliação da Deglutição: GUGGING SWALLOWING SCREEN (GUGS)

- É uma escala aprovada e recomendada para a avaliação da deglutição pela Ordem dos Enfermeiros.
- Divide-se em duas partes:
 - Teste indireto da deglutição
 - Teste direto da deglutição

(Almeida et al., 2017; Trapl et al., 2007)

11

Teste indireto da deglutição

- Vigilância
- Tosse
- Deglutição da saliva

	Sim	Não
Verdade (o debate deve estar aberto durante pelo menos 15 minutos)	☐ 1	☐ 0
Tonos e/ou parâmetros (tonos vocais) ¹ (o debate deve começar logo ao ligar-se a 2ª sessão)	☐ 1	☐ 0
Desplacão de satura	☐ 1	☐ 0
• Definição com sucesso		
• Sobrerres	☐ 0	☐ 1
• Aderências à voz fronsquida, gongoloso, voz modulada ou fixa)	☐ 0	☐ 1
TOTAL		

1 – 4 = investigação positiva;
5 - Continuação para a sessão 2

12

Teste direto da deglutição

- Divide-se em três fases:
 - Semissólido;
 - Líquido;
 - Sólido.
- Só é possível passar para a fase seguinte se for obtida a pontuação total na fase anterior;
- Caso o doente pontue 4 ou menos deve interromper-se o teste.

(Arrieta et al., 2017; Trapp et al., 2007)

13

Teste direto da deglutição

Seguir a ordem	1.ª	2.ª	3.ª
DEGLUTIÇÃO	SIM SÓLIDO*	LÍQUIDO**	SÓLIDO***
• Deglutição espontânea	☐ 0	☐ 0	☐ 0
• Deglutição estimulada	☐ 1	☐ 1	☐ 1
(+ 2 seg.) (Sólimo + 20 seg.)	☐ 2	☐ 2	☐ 2
TOTAL	☐ 0	☐ 0	☐ 0
Qualquer pontuação inferior a 4 indica dificuldade de deglutição e 3 ou menos indica a necessidade de intervenção			
• SIM	☐ 0	☐ 0	☐ 0
• NÃO	☐ 1	☐ 1	☐ 1
SACUDIMENTOS	☐ 0	☐ 0	☐ 0
• SIM	☐ 0	☐ 0	☐ 0
• NÃO	☐ 1	☐ 1	☐ 1
ATRAÇÃO DA VOZ	☐ 0	☐ 0	☐ 0
Presença e voz antes e após a deglutição - o paciente deve dizer "oi?"	☐ 0	☐ 0	☐ 0
• SIM	☐ 1	☐ 1	☐ 1
• NÃO	☐ 0	☐ 0	☐ 0
TOTAL	☐ 0	☐ 0	☐ 0
1 - 6 = pontuação 1 - 6 = pontuação 1 - 6 = pontuação	☐ 1	☐ 1	☐ 1
1 - 6 = pontuação 1 - 6 = pontuação 1 - 6 = pontuação	☐ 1	☐ 1	☐ 1
TOTAL (Seção 1 + Seção 2)	☐ 0	☐ 0	☐ 0

Fonte: <https://www.researchgate.net/publication/318111111>

15

Semissólido

- 1/2 colher de chá de água espessada 3-5 vezes



Fonte: <https://www.researchgate.net/publication/318111111>

(Arrieta et al., 2017; Trapp et al., 2007)

14

Líquido

- Dar 3, 5, 10, 20 ml de água numa chávena. Dar 50ml para observação de góles sequenciais.



Fonte: <https://www.researchgate.net/publication/318111111>

(Arrieta et al., 2017; Trapp et al., 2007)

16

Teste direto da deglutição

Siga-se a ordem:	1 →	2 →	3 →
DEGLUTIÇÃO	SÓLIDO*	LÍQUIDO**	SOLUÇÕES***
• Deglutição espontânea (= 2 seg.) (Sólidos = 10 seg.)	☐ 0 ☐ 1	☐ 0 ☐ 1	☐ 0 ☐ 1
• Deglutição com tosse	☐ 2	☐ 2	☐ 2
TOSSA (construção) Se ocorrer nos 30 seg. a deglutição = até 3 segundos após)	☐ 0 ☐ 1	☐ 0 ☐ 1	☐ 0 ☐ 1
SAUDAGEM	☐ 0 ☐ 1	☐ 0 ☐ 1	☐ 0 ☐ 1
ATRAÇÃO DA VOZ (insuflar a voz antes e após a deglutição = o doente deve dizer "V")	☐ 0 ☐ 1	☐ 0 ☐ 1	☐ 0 ☐ 1
TOTAL (seção 1 + seção 2)	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2

Fonte: <https://www.researchgate.net/publication/304444444>

17

Teste direto da deglutição

Siga-se a ordem:	1 →	2 →	3 →
DEGLUTIÇÃO	SÓLIDO*	LÍQUIDO**	SOLUÇÕES***
• Deglutição espontânea (= 2 seg.) (Sólidos = 10 seg.)	☐ 0 ☐ 1	☐ 0 ☐ 1	☐ 0 ☐ 1
• Deglutição com tosse	☐ 2	☐ 2	☐ 2
TOSSA (construção) Se ocorrer nos 30 seg. a deglutição = até 3 segundos após)	☐ 0 ☐ 1	☐ 0 ☐ 1	☐ 0 ☐ 1
SAUDAGEM	☐ 0 ☐ 1	☐ 0 ☐ 1	☐ 0 ☐ 1
ATRAÇÃO DA VOZ (insuflar a voz antes e após a deglutição = o doente deve dizer "V")	☐ 0 ☐ 1	☐ 0 ☐ 1	☐ 0 ☐ 1
TOTAL (seção 1 + seção 2)	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2

Fonte: <https://www.researchgate.net/publication/304444444>

19

Sólido



Fonte: <https://www.researchgate.net/publication/304444444>

- Dar pedaco de pão sem cõdea ou pedaco de bolacha máximo 1,5x1,5cm
(Almeida et al., 2017; Traxl et al., 2007)

18

Resultados da avaliação

RESULTADOS	GRANDADE	RECOMENDAÇÕES
20	Sem sólido, líquido e sólido com tosse	• Dieta normal • Líquidos normais (suave e refrigerante) • Com supervisão de enfermagem
15-19	Sem sólido e líquido com tosse	• Dieta pastosa • Líquidos muito densos (um pouco de cada vez) • Avaliação especializada ¹
10-14	Sem sólido com tosse	• Dieta sem sólidos • Líquidos espessos • Com supervisão de enfermagem e avaliação especializada ¹
5-9	Sem sólido com tosse	• Dieta sem sólidos • Líquidos muito densos • Com supervisão de enfermagem e avaliação especializada ¹
0-4	Sem sólido com tosse	• Dieta sem sólidos • Líquidos muito densos • Com supervisão de enfermagem e avaliação especializada ¹

Fonte: <https://www.researchgate.net/publication/304444444>

20

Intervenções de Enfermagem para promoção de uma deglutição segura

Na Cadeira/ Cadeirão

- Na cadeira os pés devem encontrar-se apoiados no chão, ou apoio de pés, a região lombar deve estar em contacto com as costas da cadeira e a pélvis deve permanecer em posição neutra. Deve sempre privilegiar-se o momento de alimentação na cadeira.

(Araújo et al., 2021; Pierpont & Pilsbury, 2020)



Momento da refeição na cadeira/cadeirão
Fonte: Araújo et al., 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1007/978-98-96-13000-0_10

21

Intervenções de Enfermagem para promoção de uma deglutição segura

Na Cama

- Quando na cama deverá estar entre os 60-80º e deverá manter-se uma vigilância contínua por possível necessidade de nova correção postural.

(Araújo et al., 2021; Pierpont & Pilsbury, 2020)



Momento da refeição na cama
Fonte: Araújo et al., 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1007/978-98-96-13000-0_10

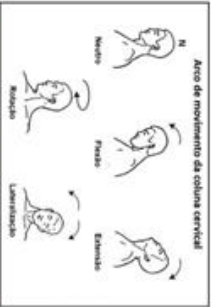
22

Intervenções de Enfermagem para promoção de uma deglutição segura

Estratégias compensatórias Posturais

- Flexão anterior do pescoço;
- Extensão anterior do pescoço;
- Rotação do pescoço para o lado afetado;
- Inclinação/Lateralização da cabeça para o lado não afetado.

(Araújo et al., 2021; Jortz et al., 2009)



Arco de movimento da coluna cervical
Fonte: Araújo et al., 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1007/978-98-96-13000-0_10

23

Intervenções de Enfermagem para promoção de uma deglutição segura

Estratégias compensatórias sensoriais

- Alteração do volume, temperatura, consistência e acidez dos alimentos fornecidos;
- Alteração dos utensílios utilizados;
- Estimulação sensorial da cavidade oral;
- Higiene oral cuidada.

(Araújo et al., 2021; Cugif et al., 2018; Jortz et al., 2009)



Utensílios compensatórios para distensão
Fonte: Araújo et al., 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1007/978-98-96-13000-0_10

24

APÊNDICE II – ARTIGO DE REVISÃO: *THE INTERVENTION OF REHABILITATION NURSES IN PATIENTS WITH DEGLUTITION DISORDERS: A SYSTEMATIC REVIEW*

The Intervention of Rehabilitation Nurses in Patients with Deglutition Disorders: A Systematic Review

[Inês Mendes](#) ✉, [Cátia Ganito](#) & [José Moreira](#)

Conference paper | [First Online: 28 March 2023](#)

Part of the [Lecture Notes in Bioengineering](#) book series (LNBE)

Abstract

Background: Eating is an activity without which an individual cannot survive, as such, all the processes inherent to food intake must take place harmoniously so that the person eats effectively. Swallowing is the first process and when it is compromised, will affect the nutrition of the patient, and may also increase the risk of aspiration of food and liquids. This process is divided into several phases: oral preparatory phase, oral phase, pharyngeal phase, and esophageal phase. In these steps there are movements that form the food bolus and take it from the mouth to the stomach. **Objective:** The aim of this systematic review is to gather the most recent finding about the rehabilitation interventions that improve swallowing movements. **Methodology:** Systematic review with search in the EBSCO Host database, with the MeSH terms: ["Deglutition Disorders" or Dysphagia] and "Rehabilitation Nursing" and "Interventions". Only the studies written between 2018 and 2020, articles written in english, portuguese or spanish and the population had deglutition disorders. **Results:** A total of 8 articles were included, we can see the results of many different interventions regarding the rehabilitation in deglutition disorders. We can divide them in four types: postural and behavioural interventions; oral motor exercises; swallowing training; and current stimulation interventions. **Conclusions:** Scientific evidence demonstrate that when swallowing is compromised, rehabilitation programs can help to reduce and prevent complications. Supporting compensatory swallowing techniques makes this process safer and improves self-care and the patient's quality of life.

Keywords

Deglutition Disorders

Rehabilitation Nursing

Early Intervention Education

Systematic Review

Fonte: Mendes, I., Ganito, C., & Moreira, J. (2023). The Intervention of Rehabilitation Nurses in Patients with Deglutition Disorders: A Systematic Review. In E. Moguel, L. Pinho, & C. Fonseca (Eds.), *Gerontechnology V: Contributions to the Fifth International Workshop on Gerontechnology, IWOG 2022* (pp. 311–324). Springer Nature Switzerland AG.