



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

**Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem
de Reabilitação na Pessoa com Alteração da Deglutição**

Liliana Patrícia Saloio Nunes



**Lisboa
2020**

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

**Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem
de Reabilitação na Pessoa com Alteração da Deglutição**

Liliana Patrícia Saloio Nunes



Orientador: Professora Doutora Vanda Marques Pinto

Coorientador: Professor Ricardo Braga



**Lisboa
2020**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

“Tenho em mim todos os sonhos do mundo.”
“E que a força do medo que tenho, não me impeça de ver o que anseio.”
Fernando Pessoa

AGRADECIMENTOS

Aos colegas de turma que ajudaram nos trabalhos à distância e com as partilhas de conhecimento.

Aos meus colegas de trabalho pelas trocas de turnos e paciência para me ouvirem nos momentos mais stressantes. Em especial à Dora que me apoiou em todo o percurso de estudos.

Aos profissionais da equipa multidisciplinar dos locais em que tive o prazer de estagiar pelos contributos, disponibilidade e incentivo para continuar a caminhada.

Ao Professor Ricardo e à Professora Vanda pela orientação e partilha de conhecimentos.

À minha família, especialmente aos meus pais e à minha irmã, pelo incentivo, confiança, compreensão e todo o apoio, mesmo nas ausências e nos momentos mais frágeis por que passei.

Ao Pedro pela paciência ilimitada, pelo apoio incondicional nos meus sonhos, nos bons e nos maus momentos, pela valorização de todo o meu percurso e conquistas, e por escutar todos os meus desabafos.

A todos, MUITO OBRIGADO!

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APNEP – Associação Portuguesa de Nutrição Entérica e Parentérica

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CHLO – Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental

CINAHL – *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*

DGS – Direção Geral de Saúde

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EE – Enfermeiro Especialista

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ELA – Esclerose Lateral Amiotrófica

GUSS – *Gugging Swallowing Screen*

MECV-V – Método de Exploração Clínica Volume-Viscosidade

MEDLINE – *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*

OE – Ordem dos Enfermeiros

ORL – Otorrinolaringologia

p. – página

PEG – Gastrostomia Endoscópica Percutânea

RCCEE – Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

RCEEER – Regulamento de Competências do Enfermeiro Especialista em
Enfermagem de Reabilitação

RMN – Ressonância Magnética Nuclear

SIGN – *Scottish Intercollegiate Guidelines Network*

SNC – Sistema Nervoso Central

SNG – Sonda Nasogástrica

SNP – Sistema Nervoso Periférico

Sr. – Senhor

Sra. – Senhora

TAC – Tomografia Axial Computadorizada

TCE – Traumatismo Crânio Encefálico

UCC – Unidade de Cuidados Continuados

WGO – Organização Mundial de Gastroenterologia

RESUMO

A disfagia é um problema que surge como sequela de algumas patologias, mas também pode surgir com o avançar da idade, apresentando consequências graves. Os enfermeiros devem estar despidos para a sintomatologia da disfagia, aptos para realizar a avaliação da deglutição e sinalizar as pessoas que apresentem alterações, evitando complicações. É importante uma avaliação da deglutição uniforme por parte dos enfermeiros, com base em protocolos, e a partilha de informação pela equipa interdisciplinar.

Cabe ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) realizar uma avaliação holística da pessoa, elaborar e implementar um plano de intervenção de reabilitação de forma a promover a saúde e prevenir as complicações, e consequente melhoria da qualidade de vida da pessoa. O EEER deve atuar em tempo útil, de forma individualizada e de acordo com os fatores biopsicossociais de cada pessoa e do seu cuidador (Regulamento n.º 125/2011).

Nos estágios profissionais a atuação foi suportada pela Teoria do Défice de Autocuidado, desenvolvida por Dorothea Orem. Esta teoria é baseada no autocuidado, em que as suas ações dos utentes devem garantir o culmatar das necessidades permitindo o seu desenvolvimento, obtendo um equilíbrio interno e externo.

O relatório de estágio é o culminar do processo formativo, onde se pretende espelhar o percurso académico e dos estágios profissionais. Tem como objetivo refletir a aprendizagem realizada e o desenvolvimento de competências preconizadas nos Descritores de Dublin e definidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE), para obtenção do grau de Mestre e título de EEER, respetivamente. Deve também dar resposta às atividades e estratégias planeadas no relatório de estágio.

Ao longo deste relatório o foco principal foram as intervenções do EEER na pessoa com alterações da deglutição, de forma a prevenir os riscos, reabilitar e maximizar as capacidades das pessoas. Os outros domínios de intervenção do EEER, foram também desenvolvidos de forma a completar a aquisição de competências de EEER.

Palavras-chave: alteração da deglutição; reabilitação; enfermagem de reabilitação.

ABSTRACT

Dysphagia is a problem that arises subsequently to different pathologies, namely, it can arise with advancing age, and with serious consequences. Nurses must be aware of the symptoms of dysphagia, and able to perform the swallowing assessment and flag people who manifest these changes, avoiding complications. It is important that the nursing team assesses the uniform swallowing of patients, based on protocols, and to share information throughout the interdisciplinary team.

It is the responsibility of the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing (EEER) to perform a holistic assessment of the person, to create and implement a rehabilitation intervention plan in order to promote health and prevent complications, and consequently improve the person's quality of life. The EEER must act in a timely manner, individually and according to the biopsychosocial factors of each person and their caregiver.

In the professional internships, the performance was supported by the Self-Care Deficit Theory, developed by Dorothea Orem. This theory is based on self-care, in which users' actions must guarantee the respective addressing of identified needs, supporting their development, in order to obtain an internal and external balance.

The internship report is the peak of the training process, where it is intended to mirror the academic path and professional internships. Its objective is to reflect the accomplished learning and the development of competencies recommended in the Dublin Descriptors and defined by the Order of Nurses (OE), to obtain the Master's degree and EEER title, respectively. One must be up to par and therefore demonstrate the carrying out of the activities and designated strategies in the internship report.

Throughout this report the main focus was the EEER interventions on people with swallowing disorders, in order to prevent risks, rehabilitate and maximize people's abilities. Other areas of EEER intervention were also developed in order to complete the acquisition of EEER skills.

Key words: deglutition disorders; rehabilitation; rehabilitation nursing.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	10
1. CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO À PESSOA COM ALTERAÇÃO DA DEGLUTIÇÃO.....	14
1.1. Avaliação da Deglutição.....	19
1.2. Reeducação da Deglutição.....	22
1.3. Quadro de Referência Teórico de Enfermagem.....	28
2. PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO.....	30
2.1. Descrição, análise e reflexão das atividades desenvolvidas.....	30
2.1.1. Competências comuns do Enfermeiro Especialista e Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.....	30
2.1.2. Competências do 2º ciclo previstas para obtenção do grau de mestre	48
2.2. Avaliação do percurso.....	50
CONCLUSÕES E PERSPETIVAS FUTURAS.....	52
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	56

APÊNDICES

APÊNDICE I – Fluxograma da revisão *Scoping*

APÊNDICE II – Pares Cranianos

APÊNDICE III – Projeto de Estágio

APÊNDICE IV – Formação em Serviço – Estágio Hospitalar

APÊNDICE V – Poster para Apresentação em Jornadas – Estágio Hospitalar

APÊNDICE VI – Formação em Serviço – Estágio Comunitário

APÊNDICE VII – Folheto Informativo – Estágio Comunitário

APÊNDICE VIII – Jornal de Aprendizagem – Estágio Hospitalar

APÊNDICE IX – Jornal de Aprendizagem – Estágio Comunitário

ANEXOS

ANEXO I – Certificado de presença nas 2ª Jornadas dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação do CHLO - “Da Prática Clínica à Integração de Cuidados”

ANEXO II – Certificado de presença no XX Congresso APNEP – “Cuidados Nutricionais para Todos”

ANEXO III – Certificado de presença no 1º Encontro Regional “STOP às Úlceras de Pressão”

INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio surge como componente de avaliação no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, integrada no plano de estudos do 9º Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

A finalidade deste documento é explicitar as atividades e aprendizagens desenvolvidas durante os estágios (hospitalar e comunitário), de forma reflexiva e crítica, com o intuito da aquisição do grau de Mestre em Enfermagem, que de acordo com o Decreto-Lei nº74/2006 é necessária a realização de um trabalho final. Com este trabalho pretende-se também demonstrar o desenvolvimento de capacidades de investigação, de raciocínio crítico e argumentação relacionadas com a temática escolhida, em simultâneo com o desenvolvimento de competências como Enfermeiro Especialista (EE), de acordo com Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (RCCEE) e Regulamento de Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (RCEEER) da OE, assim como o código deontológico, culminando no grau de EEER.

A escolha desta temática surgiu de acordo com as competências específicas do EEER e pelo facto de esta ser uma área de atuação e investigação prioritária definida pela Enfermagem de Reabilitação em Portugal, no período de 2015-2025 (OE, 2015b). O tema deste relatório de estágio é: “Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Pessoa com Alteração da Deglutição”.

A temática do relatório irá também interferir na minha prática. Uma vez que exerço funções num internamento de oncologia e cuidados paliativos, onde os utentes em estados mais debilitados ainda gostam de ter o prazer de saborear/comer a refeição preferida confeccionada pelo familiar/pessoa significativa (Farri, Accornero & Burdese, 2007). Os utentes podem também apresentar alterações da mucosa oral/esofágica com alterações da sensibilidade oral e paladar por consequência dos tratamentos de quimioterapia e radioterapia. Contudo, a necessidade de se alimentarem é contínua para conseguirem terminar os tratamentos e recuperar de forma mais rápida e eficaz (Organização Mundial de Gastroenterologia [WGO], 2014). Anteriormente, realizei uma pós-graduação de nutrição em oncologia, na qual desenvolvi um trabalho cuja população era os utentes com cancro de cabeça e pescoço, que encarei como um desafio profissional.

Estes factos fizeram-me pensar que poderia aprofundar conhecimentos nesta área com o intuito de intervir com base na evidência científica e competências desenvolvidas em contexto académico, incluindo formação teórico-prática (Benner, 2001). O esforço diário para a prestação de cuidados efetivos e seguros resultam na melhoria contínua da qualidade em saúde com a adequação dos cuidados às necessidades e expectativas da pessoa (Direção Geral de Saúde [DGS], 2015).

A aquisição de conhecimentos da temática teve início no projeto de estágio, em que o enquadramento conceptual foi realizado com base nos resultados da revisão *Scoping* (nas bases de dados *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* [MEDLINE] e *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* [CINAHL]), em pesquisas do Google Académico e em literatura cinzenta. Foi realizada uma pesquisa preliminar no *The Joanna Briggs Institute*, onde não foram encontradas revisões sobre o tema. A revisão *Scoping* teve como objetivo a pesquisa prévia da temática abordada e o mapear da necessidade de novos estudos. Consideraram-se estudos quantitativos e qualitativos relacionados com o tema, quer estudos primários ou revisões da literatura, publicados entre 2013 e 2018 com texto integral, não havendo exclusão de idiomas. As palavras-chave utilizadas na pesquisa foram: alteração da deglutição, reabilitação e enfermagem de reabilitação. Com base nestes critérios na MEDLINE obteve-se 6 artigos e na CINAHL 15 artigos (apêndice I), em que alguns artigos foram usados para a realização do enquadramento deste relatório, e ao longo do relatório de forma a sustentar o enquadramento conceptual e a prática. Esta revisão facilitou a compreensão do tema, a origem e as diversas formas de avaliar e intervir, com o intuito da procura do conhecimento mais atualizado.

A palavra disfagia provém da língua grega *dysphagien*, em que *dys* é dificuldade e *phagien* é comer, interpretando-se assim a disfagia como a “percepção de que há um impedimento à passagem da comida deglutida” (Menoita, Sousa, Alvo & Vieira, 2014, p. 150). Devido a esta alteração surgem complicações como o receio de comer e beber, que origina a desnutrição e desidratação, e as alterações das vias aéreas, como as pneumomias de aspiração que são as razões mais comuns para reinternamentos e de morte. No Hospital do Litoral Alentejano, Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, foi realizado um estudo onde se implementou um rastreio sistemático da disfagia aos utentes. Através da comparação entre o grupo pré e pós-rastreio concluiu-se que o tempo de internamento é menor em cerca de

dois dias, as complicações do foro respiratório diminuíram em cerca de 83% e a poupança média foi de 50.396 euros, sendo que existe uma melhoria da qualidade de vida (Bonança, Antunes, Parreira, Taveira & Silva, 2019). Este estudo menciona as consequências somente da disfagia ao nível respiratório, reinternamentos e custos associados, vindo reforçar alguns estudos já existentes mas que falam do aumento dos custos pela disfagia como consequência de outras patologias, como é o caso do *Parkinson*, *Alzheimer* e AVC (Bonilha, Simpson, Ellis, Mauldin, Martin-Harris & Simpson, 2014; Makaroff, Gunn, Gervasoni & Richy, 2011; Tian, Abouzaid & Sabbagh, 2013). As razões que os estudos referem para o aumento dos custos são multifatoriais, apenas Bonilha et al (2014) conclui que este aumento pode ser devido internamento mais prolongado, uma maior recorrência ao serviço de urgência e os encaminhamentos para os centros de reabilitação e lares. Os estudos vêm apoiar e dar visibilidade à importância do EEER em todos os serviços, de forma a garantir que os protocolos de avaliação da deglutição são cumpridos e os utentes têm acesso a cuidados de reabilitação de forma contínua que permita uma evolução positiva e ganhos para a saúde.

A disfagia pode-se classificar como orofaríngea e esofágica, sendo que a abordada neste trabalho será a disfagia orofaríngea, onde o EEER tem alcance para avaliar, sem recurso a exames complementares de diagnóstico, e traçar um plano de reabilitação. Ao longo deste trabalho assume-se que alterações da deglutição e disfagia apresentam o mesmo significado.

O relatório de estágio está organizado da seguinte forma: na primeira parte debrucei-me nos cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com alteração da deglutição, que engloba a avaliação e a reeducação da deglutição de acordo com as estratégias e técnicas de reabilitação existentes na evidência, tendo em conta o referencial teórico escolhido no projeto (Teoria do Déficit do Autocuidado de Dorothea Orem); e a segunda parte pela descrição, análise e reflexão do percurso de desenvolvimento de competências do EEER. Todos os documentos relevantes, construídos ou consultados serão mencionados no texto e colocados em apêndices/anexos.

O estágio decorreu no período de 24 de setembro de 2018 a 8 de fevereiro de 2019, em duas fases. O local de estágio 1 foi em meio hospitalar, num serviço de medicina interna, onde as patologias dos utentes eram variadas, assim como uma larga faixa etária. Incorporada neste serviço estava uma unidade de cuidados intermédios, em que se realizava Ventilação Não Invasiva (VNI), sendo uma mais

valia para a aprendizagem. O local de estágio 2 decorreu numa Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), em que os turnos dedicados à enfermagem de reabilitação eram limitados, o que pode ter sido uma desvantagem nas oportunidades de aprendizagem. A identificação dos locais não é feita para manter o sigilo de todos, inclusive dos utentes, ao longo de todo o relatório.

Este relatório segue as normas da *American Psychological Association* (APA) e do Regulamento de Mestrado em Enfermagem e Cursos de Pós-Licenciatura de Especialização (2018) e está escrito de acordo com o novo acordo ortográfico.

1. CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO À PESSOA COM ALTERAÇÃO DA DEGLUTIÇÃO

A deglutição ocorre de forma involuntária diversas vezes por dia, sendo um processo que envolve o controlo motor e sensitivo, dividido em fases, não havendo ainda consenso entre os autores, e de acordo com estes varia entre 3 a 5 fases (Braga, 2016; Diana & Rani, 2014; WGO, 2014). Para a WGO (2014), a deglutição divide-se em 3 fases (oral, faríngea e esofágica), já Braga (2016), menciona que a “deglutição é constituída por quatro fases: fase oral preparatória, fase oral, fase faríngea e fase esofágica” (p.183). Contudo, Branco & Portinha (2017) mencionam autores que consideram 5 fases da deglutição (fase antecipatória ou pré-oral, preparatória, oral, faríngea e esofágica).

A fase antecipatória caracteriza-se por ser voluntária, com a escolha do alimento e o prazer em que a pessoa tem em se alimentar (Farri et al, 2007). A resposta neurossensorial existente irá preparar as estruturas orais para acolher o alimento, ativando-se o processo de deglutição. Este pode ser influenciado ao pensar no alimento, estimulando os sentidos da visão, par craniano I, e do olfato, par craniano II, que envolve os centros corticais superiores. Outros fatores que podem influenciar a resposta ao alimento são: “a fome, o grau de saciedade, o aspeto dos alimentos, o meio ambiente, o estado emocional e a resposta psicológica às propriedades do alimento, a influência social, o tipo e a disposição dos utensílios, a coordenação mão-olho, a postura cervical (...)” (Branco et al, 2017, p.24), não descorando do conhecimento cognitivo da hora da refeição e reconhecimento lexical do alimento. Estes acontecimentos podem ser explicativos para a razão da produção de saliva e sucos gástricos (par craniano VII e X, respetivamente). Relevante referir que a função de deglutição é uma perspetiva mais abrangente e que o reflexo de deglutição corresponde à deglutição efetiva. Esta última pode existir mesmo sem a influência preliminar, pelo que as fases da deglutição são consideradas interdependentes à exceção desta (Braga, 2016; Branco et al, 2017).

Na fase preparatória oral os alimentos são transformados em bolo alimentar através da mastigação, após uma resposta neurossensorial positiva ao alimento. Existe um reconhecimento dos sabores (doce, amargo, ácido, salgado e umami) através dos recetores gustativos da língua (sentido de paladar, que se interrelaciona com o olfato). A mastigação não é necessária para os líquidos, mas estes, tal como

o bolo alimentar, ficam no centro da boca onde os lábios e as bochechas estão contraídos, a parte posterior da língua e palato mole juntos para manter o conteúdo no centro e fechar a orofaringe. Durante esta fase a respiração nasal mantém-se, assim como a abertura da via aérea superior e a laringe e a faringe ficam em repouso, até ao reflexo de deglutição (Braga, 2016; Branco et al, 2017).

As alterações da sensibilidade, nas duas primeiras fases, podem ter impacto no apetite, motivação e fisiologia da deglutição.

Na fase oral dá-se o transporte do bolo alimentar para a orofaringe, através de um movimento ondulatório e antero-posterior da língua, que se apoia no palato duro e nos dentes incisivos superiores. Quando o alimento (sólido ou líquido) atinge o pilar amigdalino anterior inicia-se o reflexo de deglutição, através do par craniano IX (glossofaríngeo), com início do encerramento da nasofaringe. A fase oral é voluntária e consciente, contudo, já apresenta o início do reflexo de deglutição. De acordo com Braga (2016), esta fase tem duração entre 1 a 10 segundos, mas Marchesan (1999) citada por Branco et al. (2017) refere que a fase oral tem duração inferior a um segundo.

Relativamente à fase faríngea pode-se dizer que é composta por duas etapas: passagem dos alimentos da faringe para o esófago (através da contração peristáltica dos músculos constritores da faringe) e a proteção da nasofaringe (via aérea superior). Esta proteção ocorre pelo encerramento do palato mole e pela ligeira anteriorização da parede posterior da faringe que comprime o alimento contra o dorso da língua, impedindo-o assim de subir e forçando-o a descer. Em simultâneo, a proteção da via aérea inferior acontece quando a laringe eleva e anterioriza, fazendo o encerramento da glote pela epiglote, e existe a adução das pregas vocais. Neste momento, a pessoa realiza uma apneia enquanto deglute para que o processo ocorra com sucesso. Esta fase é involuntária e a continuação do reflexo de deglutição, mas consciente porque a pessoa consegue-se aperceber do movimento das estruturas. Este conjunto de etapas coordenadas tem a duração de cerca de um segundo, tanto para Braga (2016) como para Marchesan (1999), citada por Branco et al. (2017).

Por fim, a fase esofágica inicia-se com a abertura do esófago e passagem do alimento através da abertura do músculo cricofaríngeo (esfíncter esofágico superior), simultaneamente com a elevação da laringe. O alimento é transportado através de movimentos peristálticos e da gravidade para o estômago, passando pelo esfíncter esofágico inferior. Com a abertura e encerramento dos esfíncteres é criada uma

pressão descendente que ajuda na descida do alimento. Contudo, os alimentos líquidos apenas precisam da força gravitacional para realizar este percurso. Os esfíncteres também impedem o refluxo esofágico. Esta fase é inconsciente e involuntária, tendo a duração que varia entre 8 a 20 segundos, no máximo. Simultaneamente, pode-se continuar a mastigar e deglutir (Braga, 2016; Branco et al, 2017).

Na avaliação da deglutição devemos compreender o relacionamento entre as estruturas envolvidas, devido às componentes voluntárias e reflexas que envolvem 26 pares de músculos e 5 nervos cranianos (V, VII, IX, X e XII), os quais têm influência de forma mais direta (Braga, 2016). De acordo com Branco et al. (2017), alguns autores mencionam o par craniano XI como relacionado de forma direta na deglutição e os pares cranianos I e II como influência na fase preparatória ou pré-oral, como explicado anteriormente (Branco et al, 2017).

O centro reflexo da deglutição localiza-se no tronco encefálico que faz parte do controlo neurológico da deglutição. Outras estruturas que estão relacionadas no controlo neurológico desta são: cérebro, gânglios basais, hipotálamo, amígdala, cerebelo, mesencéfalo e pares cranianos (apêndice II). As estruturas que se relacionam com a deglutição de forma direta são: cavidade oral, faringe, laringe e esófago (Braga, 2016; McCullough & McCullough, 2014).

A deglutição tem como objetivo a passagem dos alimentos da boca até ao esófago que se pretende que seja de forma eficaz e segura, em que algumas estruturas são partilhadas com a via aérea e existem algumas que protegem esta última da entrada dos alimentos. Uma pessoa com disfagia pode apresentar entrada do conteúdo alimentar para a via aérea (ou seja, aspiração), o que pode significar a alteração de algumas estruturas, sensibilidade destas ou reflexos, não proporcionando tempo de outras agirem. A aspiração pode ocorrer devido à reduzida elevação da laringe e do osso hióide, a uma inclinação deficiente da epiglote, ao encerramento incompleto do vestíbulo laríngeo e/ou ao inadequado encerramento das cordas vocais devido à paralisia ou hipotonicidade muscular (Matsuo & Palmer, 2008). O nosso organismo possui mecanismos de defesa aquando da aspiração de conteúdo deglutido, os quais também podem estar comprometidos. A aspiração é detetada através de sinais e sintomas que indicam a presença de disfagia, para os quais o EEER deve estar alerta e atuar o mais precocemente possível. São exemplos de alguns sinais e sintomas: a dificuldade em iniciar a deglutição, uma forte tosse reflexa, pigarrear após deglutir, voz nasalada ou rouca, regurgitação

nasal e dispneia (Baijens, Clavé & Cras, 2016; Braga, 2016; Matsuo et al, 2008; WGO, 2014). Outra sintomatologia que pode indicar a presença de disfagia, sem que aconteça aspiração, é: incapacidade de reconhecer o alimento; dificuldade em colocar o alimento na cavidade oral; escape anterior de saliva/alimento; tosse antes, durante e/ou após a deglutição; deglutições múltiplas; disfonia; sensação de aperto no peito ou obstrução do bolo alimentar; odinofagia após deglutição; pneumonia de repetição; refluxo gastroesofágico; recusa alimentar; sonolência durante as refeições; escape do alimento para a faringe; insegurança e ansiedade na hora da refeição; lacrimejar; rubor facial; alteração da expressão facial durante a alimentação; movimentos excessivos da língua na deglutição; resíduos alimentares na cavidade oral (Braga, 2016; Branco et al, 2017).

Os reflexos são importantes e devem estar presentes no momento da avaliação da deglutição, para que esta se faça de forma segura e eficaz, sendo eles os: reflexo de tosse, reflexo de vômito, reflexo palatal e reflexo de deglutição (Branco et al, 2017).

O comprometimento da deglutição, na fase orofaríngea e/ou esofágica, culmina na dificuldade da percepção de que há impossibilidade da passagem normal do material deglutido, que pode ser de causa funcional ou estrutural e congênita ou adquirida (Braga, 2016; WGO, 2014). Existem medicamentos que também podem influenciar a deglutição não assegurando que esta decorra sem riscos, assim como a “alteração do estado de consciência, atenção, percepção, coordenação, força, planejamento motor, sensibilidade, campos visuais ou comportamentos impulsivos” (Braga, 2016, p.184).

O diagnóstico da disfagia é um desafio pelas diversas etiologias que a podem desencadear. A etologia pode ser (Al-Hussaini, Latif, & Singh, 2013; Braga, 2016; Branco et al, 2017; WGO, 2014):

- Neurológicas, que podem ser adquiridas agudas, adquiridas progressivas ou crônicas, que ao afetarem o Sistema Nervoso Central (SNC) ou Sistema Nervoso Periférico (SNP) podem comprometer a coordenação neuronal da deglutição. Exemplos destas alterações são: Acidente Vascular Cerebral (AVC), Traumatismo Crânio Encefálico (TCE), Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA), Esclerose Múltipla, *Parkinson*, *Miastenia Gravis*, Tumores Cerebrais, Distrofia Muscular, Doenças Infeciosas (meningite e encefalite viral), Encefalomielites, Doença de Alzheimer, Doença de Huntington, Polineuropatias e pós-tratamento radioterapêutico;

- Mecânicas, que alteram uma ou mais estruturas envolvidas no processo de deglutição. Como por exemplo: tumores da cabeça e pescoço (pré e pós-cirurgia), laringectomia, traqueostomia, osteófitos cervicais, estenose esofágica, compressão vascular, corpo estranho e esofagites;
- Medicamentosas, pois certos medicamentos deixam o utente num estado de alerta diminuído, com risco de ocorrer alteração do reflexo de deglutição e dos reflexos protetores da deglutição, outros que podem alterar a excreção da saliva e influenciar na produção do bolo alimentar;
- Miopáticas, podem ser congénitas ou adquiridas com o envelhecimento, alterações musculares que influenciam o processo de deglutição. Por exemplo: distrofia muscular e dermatomiosite;
- Psicológicas, a disfagia pode não ser propriamente pela alteração do reflexo de deglutição, sendo que os autores, citados por Branco et al. (2017), referem que pode haver uma “pseudodisfagia”. Como exemplos temos: anorexia, bulimia, depressão, outros problemas emocionais e de personalidade.

A disfagia que surge com o envelhecimento é denominada de presbifagia (disfagia no idoso) (McCullough et al, 2014).

A disfagia orofaríngea prevalece em metade da população com alterações neurológicas e geriátricas (Wirth & Dziejwas, 2017). Os utentes que passam longos períodos com ventilação invasiva e não invasiva também estão sujeitos a alterações da deglutição. Assim como os utentes portadores de traqueostomia e Sonda Nasogástrica (SNG)/Gastrostomia Endoscópica Percutânea (PEG) para alimentação (nestes últimos as consequências são por síndrome do desuso ou outras já existentes).

É urgente olhar para esta problemática como um diagnóstico e não apenas como resultado de outras patologias, pois as consequências da disfagia (desnutrição, desidratação, pneumonia de aspiração) elevam a morbimortalidade, fragilidade e reinternamentos/institucionalização da população (Baijens et al, 2016; Clavé, Arreola & Romea, 2008). O EEER pode ajudar na educação do utente/família e dos profissionais que trabalham a seu lado, sobre sinais e sintomas de alerta desta grande problemática.

1.1. Avaliação da Deglutição

Com o conhecimento da função normal da deglutição e das estruturas envolvidas, o EEER é capaz de avaliar, com o intuito de pesquisar a presença de disfagia e prevenir as suas complicações de forma mais rápida e eficaz possível.

Uma avaliação da deglutição não realizada atempadamente pode resultar em complicações sérias, como são exemplo pneumonia de aspiração, desnutrição, desidratação, insuficiência respiratória e aumento da mortalidade, isolamento social e depressão (Braga, 2016; Branco et al., 2017; Ferreira, Pierdevara & Ventura, 2018; Silva, 2015). A aspiração surge quando existe passagem dos alimentos através das cordas vocais, e como reação acontece um violento reflexo de tosse. Contudo, devemos de ter em atenção que a pessoa pode apresentar alteração da sensibilidade das estruturas envolventes na deglutição e proteção das vias aéreas (principalmente as que são partilhadas), o que culmina numa aspiração silenciosa, sem a presença dos habituais sinais de alerta. Este tipo de aspiração pode estar presente em 25-30% das pessoas com disfagia. Os sinais de “alerta” da disfagia/aspiração podem acontecer até um minuto após a ingestão, para os quais todos os profissionais de saúde deveriam estar despertos (Braga, 2016; Branco et al, 2017).

A avaliação da deglutição pode ser realizada de forma indireta, direta e através de exames complementares.

A avaliação indireta refere-se à avaliação dos pares cranianos relacionados de forma direta com a deglutição, com abrangência da anamnese (informação clínica, estado mental/funções cognitivas, linguagem), postura (controlo da cabeça na posição de sentado ou posição de *fowler*), aparência da mucosa oral, existência e condição das peças dentárias e/ou prótese dentária, estado nutricional, tempo que leva a iniciar a deglutição após solicitado; fase do ciclo respiratório em que acontece a deglutição; capacidade de realizar apneia involuntária; padrão respiratório (incluindo saturação periférica de oxigénio); presença e eficácia do reflexo de tosse, palatal, vômito e deglutição; observação do movimento faríngeo na deglutição da saliva; e eficácia da deglutição de saliva (Braga, 2016; Branco et al, 2017).

A avaliação direta realiza-se com recurso a instrumentos testados para a avaliação da deglutição, em que já existem instrumentos validados para a população portuguesa. Alguns dos instrumentos existentes foram mencionados no projeto de estágio que se encontra em apêndice III, sendo que os que explicito de forma mais

detalhada foram os usados nos locais de estágio 1 e 2 (escala de *Gugging Swallowing Screen* [GUSS] e Método de Exploração Clínica Volume-Viscosidade [MECV-V], respetivamente). Porém, não existe evidência sobre o instrumento mais adequado para ser aplicado (Braga, 2016). A avaliação não-invasiva utilizada pelo EEER é considerada de elevada sensibilidade e especificidade (*Scottish Intercollegiate Guidelines Network* [SIGN], 2010).

Os exames complementares são mais usados quando se pretende avaliar as fases faríngea e esofágica da deglutição e ajudam na avaliação do impacto das manobras de intervenção na função de deglutição e proteção das vias aéreas. São exemplos desses a: manometria, avaliação endoscópica flexível da deglutição, videoendoscopia, eletromiografia de superfície, ultrassonografia, cintigrafia, eletroglotografia, raios X, Tomografia Axial Computadorizada (TAC), Ressonância Magnética Nuclear (RMN), laringoscopia indireta, manometria faríngea, teste sensorial laringofaríngeo e videofluoroscopia de deglutição (sendo este o de eleição como exame complementar ao diagnóstico de disfagia) (Braga, 2016; Branco et al, 2017; Jones, Knigge & McCulloch, 2014; Ferreira et al, 2018). Os exames complementares de diagnóstico da deglutição apresentam também as suas limitações e desvantagens, pois nem sempre estão disponíveis com a facilidade com que precisamos e nem todos os profissionais estão aptos para os usar, sendo que a sua utilização vai aumentar os custos do internamento da pessoa.

O facto de não existir um instrumento de eleição para avaliar a deglutição resulta nas discrepantes percentagens de pessoas diagnosticadas com disfagia (Al-Hussaini et al, 2013; Braga, 2016).

O método de diagnóstico mais usado é a avaliação indireta (considerado o exame objetivo) e direta da deglutição, que avaliam a fase oral preparatória e fase oral. Antes da realização desta avaliação deve-se efetuar uma anamnese cuidadosa que permita a classificação adequada do tipo de disfagia. Para esta, é necessário recolher toda a história clínica da pessoa, junto do mesmo ou do familiar. Nesta recolha de dados devem estar incluídos os momentos das refeições, a quantidade e qualidade dos alimentos, o tipo de dieta (consistência, volume e temperatura), a via por onde a pessoa se alimenta ou é alimentado (sistema totalmente compensatório, compensatório ou apenas de apoio), o tempo que despense nesta tarefa e a adoção de alguma estratégia que compense alterações na deglutição (como a ingestão de líquidos durante a refeição para ajudar na produção do bolo alimentar por xerostomia; o ritmo da mastigação e forma como executa). Isto é, questionar “o que

come” e “como come”, já nos dará informações para a identificação da problemática de forma mais precisa (Branco et al, 2017; WGO, 2014).

É primordial a detecção precoce da disfagia e sendo o enfermeiro o profissional presente nas 24 horas por dia junto da pessoa, cabe a este identificar precocemente os sinais de alerta e sinalizá-la de forma a adotar medidas que tragam benefícios para o estado de saúde e para o programa de reabilitação (diminuição das taxas de morbidade e mortalidade, internamentos curtos e diminuição dos custos) (Braga, 2016; Ferreira et al, 2018; Miles, McFarlane, Kainth & Parmar, 2014).

As competências do EEER são: detetar sinais de alerta e realizar a avaliação da deglutição, que possibilite a realização de um plano de intervenção de reabilitação e a adoção de cuidados gerais que previnam as consequências que a disfagia acarreta, sinalizando a pessoa e se necessário encaminhar também para outros profissionais de saúde, de forma a tornar breve e possível a reeducação da deglutição e reabilitação da pessoa.

Após a aplicação das escalas é obtido um resultado que nos remete para a gravidade da disfagia, que permitirá ao EEER a implementação de intervenções: não hidratar e alimentar por via oral; adequar a dieta a ser administrada por via oral; providenciar suplemento nutricional; sinalizar para uma avaliação mais diferenciada e instrumental (Ferreira et al, 2018). Branco et al. (2017) classificam a severidade da disfagia em:

- Ligeira, que pode acontecer por descoordenação e pequenas intercorrências na fase oral, como alterações na oclusão labial, alteração do início do reflexo de deglutição e da coordenação da musculatura envolvida nesta fase;
- Moderada, envolve a fase oral e faríngea, onde há lentidão no controlo e na propulsão do bolo alimentar, sendo as alterações na oclusão labial, alteração ou ausência do reflexo de deglutição, coordenação lingual e velar, regurgitação nasal, estase salivar e/ou alimentar, ausência ou presença de tosse no decorrer ou após a deglutição, alteração da sensibilidade e elevação laríngea, que pode levar a penetração na laringe com alteração da qualidade vocal;
- Severa, alteração em duas ou três fases da deglutição, com grande dificuldade na deglutição devido ao atraso ou ausência do reflexo de deglutição, atraso da elevação da faringe, ausência da adução das pregas vocais, alteração da qualidade vocal após deglutição, grande estase salivar/alimentar, ausência ou presença de tosse no decorrer ou após deglutição, alteração do padrão respiratório e aspiração laríngea.

Esta classificação é a mais utilizada, mas há ainda autores, de acordo com Branco et al. (2017), que classificam o grau de severidade em 7 níveis (deglutição normal, deglutição funcional, disfagia ligeira, disfagia ligeira/moderada, disfagia moderada, disfagia moderada/grave e disfagia grave).

1.2. Reeducação da Deglutição Reabilitação

Após uma correta avaliação da deglutição são detetadas as alterações existentes. O EEER deve traçar um plano de cuidados individualizado (selecionando as melhores estratégias terapêuticas e compensatórias), com a colaboração do utente/família, com o intuito de reeducar a deglutição e prevenir as complicações que desta alteração possam advir. Ao utente/família deve ser fornecida toda a informação e esclarecidas as dúvidas, para que estes possam decidir acerca dos objetivos da reeducação da deglutição e interferir no plano de cuidados (SIGN, 2010).

Na elaboração do plano de intervenção, o EEER deve ter presente os objetivos da reeducação da deglutição para cada utente consoante as alterações detetadas. Este plano deve permitir que o utente consiga deglutir de forma eficaz e segura, com readaptação às suas limitações e reeducação da deglutição (Menoita et al, 2014). As intervenções vão desde a modificação da consistência da dieta, estratégias e técnicas de estimulação e procedimentos intervencionistas, que englobam os exercícios de amplitude de movimentos e o fortalecimento muscular (Diana et al, 2014; Miles et al, 2014). O EEER ao reeducar a deglutição deve ter também o objetivo que esta seja realizada de forma segura e eficaz (garantindo a adequada nutrição e hidratação), e fazer com que o utente sinta prazer na hora da refeição, cumprindo o papel social e evitando as alterações psicológicas que possam advir (Branco et al, 2017; Farri et al, 2007; Miles et al, 2014).

A modificação da consistência da dieta é uma técnica compensatória que permite manter a ingestão por via oral, contornando as alterações da deglutição. Por norma, a maior alteração é para os líquidos, em que existe a necessidade de aplicação de espessante (deve-se ter em atenção a sua escolha pois existem dois tipos de espessantes – goma e amido – sendo que os de goma apresentam maior durabilidade na sua consistência) de forma a engrossar e que permita que estes sejam ingeridos. Branco et al. (2017), adaptaram da *National Dysphagia Diet* (2002), os diversos níveis de consistências e texturas, após serem testados. Para os

líquidos existem as seguintes consistências: tipo néctar (líquido espessado, que se pode ingerir com ajuda de palhinha ou copo/caneca); tipo mel (pastoso fino, que não pode ser ingerido por palhinha mas sim por copo/caneca); tipo pudim (pastoso grosso, que deve ser tomado por colher). Nos sólidos as categorias são: textura A – macio (a natureza dos alimentos deve ser macia, ou devem ser cozidos/cortados para alterar a sua textura); textura B – moída ou húmida (alimento macio e húmido, que se pode amassar com o garfo, pedaços lisos e redondos); textura C – puré (homogéneo e liso, húmidos e sem pedaços, a aparência pode ser granulosa ou farinácea).

Desta forma os riscos da disfagia podem ser contornados, todavia ao espessar os líquidos podemos estar a causar outros riscos. Por exemplo, os líquidos espessados podem satisfazer a pessoa de forma mais rápida aumentando o risco de desidratação e desnutrição; os alimentos alterados podem não ser os mais estimulantes a nível sensorial (visual e paladar), não apresentando a quantidade nutricional adequada (Branco et al, 2017; Miles et al, 2014). O EEER deve manter e estimular o trabalho em equipa, articulando com a nutricionista, para adequação de uma dieta equilibrada, recorrendo a suplementos se necessário.

Os estímulos podem ser melhorados através de: mudança no sabor, sendo que o mais amargo propulsiona uma melhoria da deglutição e o mais ácido estimula a produção de saliva e aumenta os reflexos envolvidos; alteração do volume, um maior volume desloca uma maior percepção do bolo alimentar na cavidade oral e conseqüentemente um reflexo de deglutição mais rápido; temperatura, objeto frio no pilar amigdalino anterior melhora o desencadeamento do reflexo de deglutição (processo que requer repetição); e as bebidas gaseificadas levam também a um aumento do reflexo de deglutição, pelo estímulo que provocam na cavidade oral (Braga, 2016; Branco et al, 2017).

Para além das alterações que se podem realizar na dieta, existem estratégias compensatórias e terapêuticas. As primeiras têm o objetivo de habilitar a deglutição sem que a fisiologia desta seja alterada, de forma a existir uma deglutição funcional, apresentando resultados a curto prazo. Estas podem ser realizadas em qualquer faixa etária e em utentes com capacidade cognitiva alterada, pois o esforço é mais por parte do EEER ou do cuidador. Nas segundas, o utente tem um papel ativo de forma a induzir mudanças no movimento da deglutição, existindo alterações fisiológicas, sendo que os resultados são notáveis a longo prazo (Branco et al, 2017).

A postura corporal é uma das alterações e correções que o EEER poderá realizar e treinar com o utente/familiar, sendo que este deve estar sentado, de forma que a gravidade tenha influência positiva na deglutição, mantendo a cabeça no eixo corporal para posteriormente ser mais fácil a aplicação das seguintes técnicas (Braga, 2016; Branco et al, 2017; Menoita et al, 2014):

- Flexão cervical, o utente deverá deglutir com o “queixo junto ao peito” de forma a que os alimentos progridam rapidamente para a parede posterior da faringe e de modo a proteger melhor a via aérea e prevenir a aspiração. Esta técnica é utilizada em utentes com atraso no reflexo, diminuição da elevação da laringe, redução da retração da língua e do encerramento laríngeo;

- Extensão cervical, técnica utilizada em utentes com problemas na língua (ou sem parte desta), em que existe dificuldade em realizar pressão lingual de forma a conduzir o bolo alimentar para a faringe, sendo que ao realizar a extensão a força gravitacional irá ajudar. Para a realização desta manobra é essencial que o utente tenha uma fase faríngea sem alterações e um bom encerramento da via aérea;

- Rotação cervical para o lado mais lesado, técnica que permite o encerramento do lado da faringe e adução das cordas vocais para o qual se dá a rotação, deslocando o bolo alimentar para o lado contrário. Usada em utentes com parésia unilateral da faringe, laringe e cordas vocais;

- Flexão lateral para o lado menos afetado, técnica que permite a deslocação do bolo alimentar pelo lado sã da faringe com a ajuda da gravidade e evitar as estruturas lesadas, com o intuito de minimizar a aspiração. Pode ser usada em utentes com alteração da fase oral e faríngea do mesmo lado;

- Deitado (decúbito dorsal ou decúbitos laterais), técnica usada em utentes que apresentam lesão bilateral na faringe com redução da elevação da laringe. A gravidade impede que os resíduos da faringe entrem na laringe, e a deglutição posterior ajuda o encaminhamento destes para o esófago de forma a prevenir a aspiração.

As manobras voluntárias da deglutição provocam alterações específicas nas estruturas da deglutição, podendo ser realizadas com ou sem alimentos, e o utente deve apresentar-se com função e capacidade cognitiva funcional, para compreender e seguir as recomendações. A eficácia destas manobras deve ser verificada através de instrumentos, como é exemplo a videofluoroscopia. As manobras são as seguintes (Braga, 2016; Branco et al, 2017; Menoita et al, 2014):

- Respiração supraglótica, consiste num momento de apneia antes, durante e após a deglutição, podendo associar-se tosse ou expiração consecutivamente para eliminar possíveis resíduos;
- Respiração super-supraglótica, técnica realizada da mesma forma que a anterior, em que no final é executado um esforço extra, através da manobra de valsava, com o intuito de melhorar o encerramento da faringe, das cordas vocais falsas e inclinação anterior da cartilagem aritenóide (que contacta com a epiglote);
- Deglutição forçada, pede-se ao utente que degluta com vigor (havendo um aumento da contração dos músculos), que aumenta a retração da língua e a pressão faríngea no decorrer do ato, e diminuindo os resíduos na valécula e faringe;
- Deglutições múltiplas, é solicitado à pessoa que repita a deglutição pelo menos mais uma vez de modo a permitir a *clearance* faríngea (eliminação dos possíveis resíduos);
- Prensão labial, o utente deve efetuar encerramento labial com a mão, de forma a prevenir o escape anterior (por exemplo quando existe parésia facial);
- Sucção antes da deglutição, permite uma maior elevação da faringe no ato de deglutir;
- Prensão do topo da cabeça, tem como objetivo a diminuição da tensão laríngea e facilitação da deglutição, no utentes em que este processo se encontra mais lento;
- Manobra de Mendelson, o utente deve deglutir com a mão na laringe e quando sente que esta atinge a posição mais elevada deve mantê-la num período de três segundos e posteriormente deixá-la regressar à posição normal, o que irá permitir a redução de resíduos nos seios piriformes e maior abertura do esfíncter esofágico superior;
- Manobra de Masako, o utente deve prender a língua entre os dentes incisivos, deglutindo dessa forma, o que irá melhorar a mobilidade da faringe. Deve ser realizada sem alimentos devido ao elevado risco de aspiração que apresenta, por aumentar os resíduos faríngeos, por reduzir o encerramento do vestíbulo laríngeo e atrasar o início da deglutição.

Os exercícios de amplitude de movimento e fortalecimento muscular podem também ajudar a corrigir as alterações da deglutição, contudo leva-se mais tempo a obter resultados e a fadiga surge com maior facilidade. Os exercícios devem ser realizados em todas as direções, mantendo a estrutura firme de 1 segundo a 3 segundos e repetindo entre 5 a 10 vezes, devendo ser realizados cerca de 10 vezes

por dia, com uma duração de 5 minutos. Estes exercícios podem ser realizados nas seguintes estruturas (Braga, 2016; Menoita et al, 2014):

- Lábios, protraír, retraír e lateralizar, realizar som de estalar, segurar um objeto entre os lábios (protraídos ou em repouso), exercícios de assobiar, mover como se estivesse a dar beijinhos ou em sucção;
- Língua, exercícios de amplitude de movimentos (movimentação da língua nas diversas direções, tentando manter e depois relaxar; produzir sons “K” e “G”); exercícios de fortalecimento ou resistência da língua (usando como auxílio uma espátula como resistência à força exercida); exercícios de manipulação do bolo (língua em concha; movimentos laterais e posteriores da língua e exercícios da base da língua);
- Palato mole, soprar, sugar, emissão de sons (aaaaaa, ããããããã);
- Mandíbula, os movimentos a serem realizados podem ser passivos ou ativos e alongamentos. Deve-se pedir ao utente que abra a boca o máximo que conseguir, manter por 2 segundos, e relaxar. Posteriormente, mover a mandíbula o máximo que conseguir para a direita/esquerda, mantendo-a durante 2 segundos e relaxar. Por fim, deve realizar movimentos circulares e relaxar ao fim de cada círculo;
- Laringe, nesta estrutura uma das manobras que ajuda é a manobra de *Medelson*, já explicada, assim como a voz falsete (o utente deve fazer um tom de voz falso, de forma a melhorar a elevação da laringe) e exercício de *Shaker* (o utente deve estar deitado, elevar a cabeça até ver os dedos dos pés, mantendo boca fechada e os ombros apoiados, alternando 1 minuto desta posição com 1 minuto de relaxamento, o que irá melhorar o movimento hiofaríngeo e a abertura do esfíncter esofágico superior);
- Bochechas, o utente pode insuflar as bochechas uni ou bilateralmente e pode ainda realizar pressão com as mãos, com os lábios fechados, de forma a aumentar a força (treinando também esta estrutura); a manutenção da posição de sucção ajuda também no treino das bochechas.

Para garantir a prevenção de aspirações é necessário capacitar o utente sobre técnicas que visem a melhoria do padrão respiratório, exercícios que aumentem a adução dos tecidos da parte superior da via aérea, elevação do osso hióide e melhoria da tosse (ensino correto da tosse e tosse dirigida) (Braga, 2016; Menoita et al, 2014). Outra intervenção importante, e da qual não se deve descorar, são os cuidados de higiene à cavidade oral, quer após as refeições ou nos horários destas (mesmo em situações que os utentes não se alimentem), de forma a eliminar

resíduos e prevenir pneumonias (provocadas através da penetração dos resíduos/saliva na via aérea) e com a intuição de aumentar o paladar e a produção de saliva (Braga, 2016; Miles et al, 2014).

Existem situações em que a via oral não está permeável, quer por estados de consciência comprometidos, disfagia severa ou até mesmo obstrução e cabe à equipa multidisciplinar discutir a situação clínica e ponderar a colocação de SNG ou PEG ou até mesmo alimentação por via parentérica, para garantir a nutrição e hidratação adequada. Em certas situações, estas decisões podem não ser definitivas, como é o caso de utentes com demência avançada e com tumores obstrutivos que estão em tratamento ou a aguardar cirurgia. Neste período em que se garante as necessidades nutricionais dos utentes, pode-se em simultâneo realizar exercícios de fortalecimento e compensatórios, uma vez que alimentação de alguns utentes pode ser realizada de forma mista (através de via oral e de via entérica/parentérica). Como já referido anteriormente, alguns dos exercícios podem provocar fadiga no utente, mais acentuada numa fase inicial, pelo que a ingestão por via oral pode não satisfazer as necessidades, pois o gasto energético é maior na fase de recuperação e reabilitação (Braga, 2016; Branco et al, 2017; Miles et al, 2014). De acordo com Wirth et al. (2017) e com Yoon, Hirao & Minoda (2016), a PEG é melhor opção que a SNG para o treino eficaz dos utentes com disfagia por não alterar a fisiologia da deglutição e permitir a diminuição dos resíduos pós-deglutição com a consequente diminuição do risco de aspiração. De acordo com os mesmo autores, a PEG é mais benéfica em termos de estado nutricional, sendo que o uso desta está preconizado para situações em que se estima que o utente fique sem se alimentar e hidratar por via oral por um longo período de tempo.

A alimentação ao utente com disfagia apenas pode ser segura com a aplicação de determinadas intervenções, umas de forma isolada outras combinadas (para aumentar a sua eficácia), sendo que com a sua ausência os riscos da disfagia permanecem (Braga, 2016; Branco et al, 2017; Menoita et al, 2014).

De acordo com Diana et al. (2014), os enfermeiros de reabilitação são os profissionais de eleição para consciencializar os utentes sobre os exercícios de deglutição, com obtenção de ganhos nutricionais e de qualidade de vida, devido às suas competências e presença junto da pessoa (OE, 2015a).

1.3. Quadro de Referência Teórico de Enfermagem

Desde o projeto que a escolha pelo quadro teórico de enfermagem foi a Teoria do Défice do Autocuidado de Dorothea Orem, que engloba 3 teorias que estão interligadas (Teoria do Autocuidado, Teoria do Défice de Autocuidado e Teoria das Sistemas de Enfermagem). A teoria foi construída com base no conceito do autocuidado, contudo o seu foco é o utente, em que este deve realizar ações que garantam que as suas necessidades são culmatadas através das suas capacidades, permitindo o crescimento e desenvolvimento da pessoa e a promoção da saúde, encontrando um equilíbrio interno e externo. Estas ações devem ser preventivas e de manutenção do estado de saúde, que podem ser assumidas por enfermeiros ou outros cuidadores quando existe uma alteração no estado de saúde do utente, onde este não possui as capacidades suficientes para suprir as suas necessidades, surgindo o défice do autocuidado (Orem, 2001; Petronilho e Machado, 2016).

O autocuidado, como conceito central da teoria e do domínio da enfermagem, pode ser inato e/ou adquirido e influenciado por fatores internos e externos, que envolvem os domínios cognitivo, físico, emocional/psicossocial e do comportamento, e que são influenciados por requisitos (universais, desenvolvimento e desvios de saúde) (Orem, 2001).

De acordo com Orem (2001), a pessoa pode adquirir três tipos de comportamento perante o autocuidado:

- Agente de autocuidado, quando tem capacidade de se auto cuidar por apresentar habilidades, conhecimentos e experiências adquiridas ao longo da vida;
- Agente dependente de cuidados, quando as pessoas se encontram incapacitadas de suprir as suas necessidades carecendo da intervenção de terceiros;
- Agente terapêutico de autocuidado, cuidados que resultam da ação de um cuidador formal por ação profissional de enfermagem, que irá cuidar da pessoa e intervir de forma a promover a saúde.

A ação é “a menor unidade distinta de fazer algo que faz sentido (é significativo) dentro de um sistema de ação maior” (Orem, 1995, p.162). As ações deliberadamente selecionadas e realizadas pelos agentes terapêuticos de autocuidado constituem os sistemas de enfermagem e, quando as condições permitem, podem ser realizadas por agentes dependentes de autocuidado ou agentes de autocuidado. Isto é, o utente melhora o seu estado de saúde (disfagia/desvio de saúde) e consegue voltar a alimentar-se de forma autónoma,

mesmo com o uso de técnicas de compensação e/ou alterações na consistência da dieta. Atrás desta evolução do estado de saúde está uma avaliação, que proporcionou um diagnóstico e um plano de cuidados, tendo sido aplicadas intervenções (ações que minimizaram o problema), que permitiram ao utente voltar a ter capacidades para as necessidades atuais.

O utente poderá inserir-se num dos sistemas (totalmente compensatório, parcialmente compensatório e de apoio/educação) consoante as suas necessidades e a sua evolução, entre eles, dependerá da sua problemática. Assim, o agente terapêutico pode realizar o autocuidado pelo o utente, orientar/guiar, educar/capacitar, disponibilizar apoio físico e psicológico e manter um ambiente de apoio ao desenvolvimento pessoal (Orem, 2001; Petronilho, 2012).

Numa fase inicial, o utente pode estar enquadrado no sistema totalmente compensatório (deglutição ineficaz e a falta de conhecimentos sobre o problema) em que as suas capacidades não conseguem colmatar as necessidades (com necessidade de recorrer a uma via alternativa à via oral para a alimentação). Pretende-se que o utente com disfagia consiga adquirir capacidades e progrida para um sistema parcialmente compensatório (onde o agente terapêutico visa compensar as limitações do utente apenas com algumas ações). Contudo, o objetivo inicial do plano de intervenção da reeducação da deglutição será que o utente tenha capacidades de realizar a deglutição consoante as suas necessidades, pertencendo a um sistema de apoio, orientação e instrução por parte do agente de terapêutico. O reforço positivo deve estar sempre presente nas ações do agente terapêutico de autocuidado, motivando a evolução pessoa nas capacidades e melhoria da qualidade de vida (Myers, 1999; Orem, 2001; Petronilho, 2012).

A complexidade da disfagia faz com que o EEER possa agir de forma diferenciada por possuir competências especializadas de avaliação e intervenção, considerando o ambiente/contexto e o agente dependente de cuidados ou o agente de autocuidado. A intervenção deverá ser feita de forma a prevenir complicações e incapacidade, assim como aumentar a resposta ao programa global de reabilitação. O espectável para o utente com disfagia será conseguir colmatar as suas necessidades com as capacidades que foi adquirindo com a intervenção do agente terapêutico.

2. PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

2.1. Descrição, análise e reflexão das atividades desenvolvidas

2.1.1. Competências comuns do Enfermeiro Especialista e Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

A OE (2002) refere que o papel das instituições na qualidade dos cuidados de enfermagem é determinante para definir objetivos, adequar recursos, criar estratégias, de forma a favorecer o desenvolvimento profissional dos enfermeiros. E que os seis enunciados que descrevem a qualidade do exercício profissional são a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado, a readaptação funcional e a organização dos cuidados de enfermagem (OE, 2002). Logo, a integração na equipa multidisciplinar foi um objetivo comum aos dois campos de estágio.

No meio hospitalar, a integração foi fácil, pois fui recebida da melhor forma por todos. Consoante apresentação a cada elemento fui dando a conhecer o meu projeto e a minha área de estudo.

A enfermeira orientadora acolheu-me da melhor forma e foi-me dando liberdade de atuação de acordo com a minha evolução na prática de cuidados e partilha de conhecimento na área de estudo, assim como nas restantes áreas de atuação do EEER.

A adaptação ao serviço foi boa, por ser um ambiente hospitalar, mas gradual pois necessitei de um certo tempo para me ambientar por estar num hospital cujo funcionamento é um pouco distinto daquele em que exerço funções. O facto de ser bem recebida ajudou bastante na integração, aquisição de confiança e liberdade para explorar todos os recantos do serviço e os utentes internados.

A consulta e conhecimento das normas e protocolos do serviço fez com que me adaptasse e conhecesse melhor o local de estágio, assim como o seu funcionamento, de forma a atuar de acordo com o que tinha estipulado.

O conhecimento dos estudos e trabalhos desenvolvidos no serviço, quer na área de reabilitação ou mesmo em outras áreas, fez com que a minha atuação fosse

uma continuidade da filosofia dos cuidados prestados neste local. O facto de ter conhecimento que no ano anterior uma colega da minha escola realizou estágio no mesmo local, e com a mesma temática, cujo trabalho desenvolvido foi positivo e que ainda era visível, denotou uma pressão maior sobre mim, o que me motivou a dar continuidade ao seu trabalho e a continuar com as mudanças e criação de bons cuidados e hábitos no que respeita à disfagia (Loureiro, 2018). Todos os enfermeiros seguiam a norma da disfagia, sinalizando os utentes com alterações. No decorrer do meu estágio os colegas vinham-me solicitar ajuda para uma reavaliação, ao que eu agradecia o interesse, traçava um plano e acompanhava o utente até ao momento da alta/transferência.

Assistir às passagens de turno era sempre uma mais-valia para ficar a conhecer os utentes internados e todas as alterações que ocorriam diariamente, assim como dar o meu contributo e a minha avaliação/visão do utente como EEER.

A colaboração com o enfermeiro orientador na prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação fez com a minha visão do utente ficasse mais abrangente e desperta para alguns detalhes, que até então ainda não era capaz de sinalizar. Estar ao lado de uma pessoa experiente em cuidados de reabilitação desperta a curiosidade de pesquisar e de avaliar os utentes, de modo a ganhar experiência sobre a forma mais correta de atuação e, o facto de ser vigiada, permite ser corrigida aquando da realização de algum procedimento menos correto. Todos os momentos eram oportunos para a partilha das experiências, colocação de dúvidas e discussão de situações, pois, considero a partilha e a aprendizagem continua como parte integrante do crescimento profissional e pessoal.

A população nesta área do país tinha diversos serviços de apoio, sejam públicos, privados ou mistos. A articulação com estes era realizada através da nota de alta (médica e de enfermagem), com o intuito de partilhar toda a informação disponível e permitir a continuação dos melhores cuidados à pessoa. Quando necessário, era realizado contacto telefónico para perceber como funcionava a instituição e explicitar melhor a informação (principalmente a que pudesse suscitar alguma dúvida, ou que gostaríamos de saber se seria possível cumprir com as indicações transmitidas). Neste local de estágio fiquei a conhecer um serviço designado por hospitalização domiciliária, no qual os utentes estavam internados, mas permaneciam no seio familiar, onde havia um cuidador que garantia os cuidados e os enfermeiros programavam visitas para administração de terapêutica

via endovenosa. Atualmente, o hospital onde exerço funções já dispõe deste serviço, sendo que considero uma mais-valia, pois o utente fica no seu ambiente.

O local de estágio 2 não foi o que estava previsto no projeto, pois aquando da escolha do mesmo havia EEER a exercer funções, o que já não se verificou na altura do início do estágio. Posto isto, houve necessidade de escolher outro local de estágio, reunindo a condição de ser na área do Algarve, com a existência de EEER e de um projeto em desenvolvimento ou para desenvolver.

A integração na equipa multidisciplinar neste local de estágio foi boa, sendo a receção acolhedora por parte de todos os elementos. Esta equipa era mais pequena, mas o método de apresentação do meu projeto foi semelhante e mais rápido. A escolha deste local de estágio prendeu-se com a necessidade de conhecer a realidade perto do hospital onde exerço funções e sob a perspetiva do enfermeiro da comunidade, o que teve o seu lado francamente positivo.

Fui bem acolhida por parte da enfermeira orientadora, que me acompanhou sempre ao longo de todo o estágio, colocando perguntas pertinentes sobre formas de atuação em determinadas situações, ainda que as visitas realizadas não fossem numa perspectiva de reabilitação. A partilha de conhecimentos e a sua maneira de trabalhar foram uma mais-valia para ter uma melhor visão da enfermagem de reabilitação no domicílio, nomeadamente os benefícios de reabilitar o utente no seu ambiente com a família, minimizando as variáveis externas do ambiente hospitalar que podem interferir na sua evolução. Acrescendo ainda ao facto de que pude participar na capacitação do utente e da família por forma a conseguirem acompanhar e cuidar com segurança e responsabilidade a problemática (Martins & Mesquita, 2016).

No início do estágio consultei toda a documentação relativa ao serviço, como normas e protocolos existentes. Conhecia algumas das informações, sobre o funcionamento da ECCI, uma vez que já tinha tido contacto num dos meus estágios da licenciatura, mas sem dúvida que foi a melhor maneira de começar pois esclareci logo algumas das minhas dúvidas.

Neste serviço não existiam passagens de turno, mas a informação era transmitida através das notas realizadas nos processos informáticos dos utentes e de notas relevantes que ficavam nos processos físicos (que são os que acompanhavam os enfermeiros nas visitas domiciliárias). Existia uma reunião semanal, onde os profissionais se reuniam (enfermeiros, fisioterapeutas e assistente social) para atualizar a informação dos utentes, programar altas e informar sobre

novas admissões. Este é um momento de grande aprendizagem em que temos a perceção da situação dos utentes e como nos podemos entreajudar.

Ainda não foram realizados estudos no que respeita a enfermagem de reabilitação, pois os elementos da área que existiam na equipa, tinham integrado esta há cerca de um ano e apenas há cerca de dois meses realizavam um turno ou dois por semana dedicados a cuidados de reabilitação, sendo os restantes turnos de cuidados gerais. Contudo, estava já programado uma formação sobre disfagia e a urgência em detetar e sinalizar os utentes com alterações da deglutição, a ser ministrada pelos enfermeiros de reabilitação para toda a equipa.

Na comunidade existiam apoios públicos, privados e mistos, para a abrangente área do concelho. Por norma, os utentes eram referenciados para a equipa através do hospital ou do médico de família, sendo que por vezes tinham apoio de instituições para os cuidados de higiene e alimentação. Existiam utentes com potencial de reabilitação que eram encaminhados para unidades de convalescença ou de média duração e reabilitação. A articulação com as instituições de apoio era mais complicada e por vezes realizada através dos familiares, a não ser que coincidisse uma visita simultânea. Com as unidades de cuidados continuados era realizada a articulação através da carta de alta médica e de enfermagem.

Os domínios e as competências, comuns e específicas, do EEER desenvolvidos com as atividades anteriormente descritas foram (OE, 2010a, b):

“A1. Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção;”

“C1. Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional;”

“C2. Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados;”

“D1. Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.”

Objetivo geral – Desenvolver competências como EEER na reeducação da pessoa com alteração da deglutição

Para dar resposta ao objetivo geral do projeto de estágio houve a necessidade de pesquisar e desenvolver os aspetos que são mencionados na literatura e responder a necessidades observadas enquanto enfermeira de cuidados gerais. Nos pontos seguintes vou descrever as atividades que foram realizadas de forma a alcançar os objetivos planeados no projeto de estágio (apêndice III), sempre com o intuito da aquisição de novos conhecimentos, desenvolvimento de competências

como EEER, na pessoa com alteração da deglutição, e prestação dos melhores cuidados de enfermagem, baseados na evidência mais atualizada.

Foi fundamental conhecer a população com alteração da deglutição e as suas necessidades. A população mais comum no local de estágio 1 era idosa, sendo as patologias mais frequentes: AVC, *Parkinson*, Demências e Doenças Degenerativas, e como antecedentes a Hipertensão Arterial e Diabetes *Mellitus*. Como mencionado na literatura a população com estas patologias pode estar mais propensa à disfagia (Al-Hussaini et al, 2013; Braga, 2016).

A avaliação da deglutição era realizada de acordo com norma existente no serviço, em que os enfermeiros estavam familiarizados e realizavam no momento da admissão. Era programada no processo clínico do utente consoante o resultado obtido, para posterior reavaliação. A escala usada neste local de estágio era a escala de GUSS, com a qual me familiarizei de imediato por já a ter estudado no momento da realização do projeto (Ferreira, Chambino, Silva & Domingos, 2015; Ferreira et al, 2018; Silva, 2015).

Na hora da refeição havia muitas distrações para alguns dos utentes que precisavam de se concentrar mais no momento da deglutição, com o intuito de minimizar os riscos (Januário, 2012). Apercebi-me que eram os assistentes operacionais que distribuíam e alimentavam grande parte dos utentes (neste momento foquei-me em transmitir conhecimentos através de formação a este grupo de profissionais, nos quais os enfermeiros delegavam a função de alimentar).

A avaliação da deglutição era sempre realizada no momento da admissão dos utentes ou nas primeiras 24 horas. Para os utentes já sinalizados eram mantidas as vigilâncias, sendo que alguns eram já seguidos em consultas de otorrinolaringologia (ORL), contudo as novas situações eram avaliadas e referenciadas para os profissionais com formação na área. No decorrer do meu estágio os enfermeiros vinham falar comigo para realizar uma avaliação mais detalhada e adequar as intervenções mais adequadas para cada utente, inclusive a escolha da dieta naquele momento. O número de utentes diagnosticados com alterações da deglutição foi reduzido na altura do meu estágio, mas de acordo com o já descrito neste relatório, sabe-se que existem disfagias que revertem após uma fase aguda e podem nem sequer ser detetadas se os profissionais não tiverem despertos para esse facto (Menoita et al, 2014; WGO, 2014).

No local de estágio 2 a população era também maioritariamente idosa, sendo que as suas alterações da saúde eram: AVC, Doenças Degenerativas, *Status Pós-*

Fraturas, com colocação de prótese ou material de osteossíntese, Demência, entre outras. À semelhança da população do estágio 1 verifica-se que esta também apresenta patologias propensas à disfagia (Al-Hussaini et al, 2013; Braga, 2016). A avaliação da deglutição neste local de estágio foi realizada de acordo com o método MECV-V, para dar continuidade e uniformização dos cuidados ao meio hospitalar de onde os utentes eram encaminhados. Neste local de estágio, maioritariamente, eram os familiares que alimentavam os utentes com disfagia, pois os utentes com os quais tive contacto e estavam sinalizados com esta problemática não se conseguiam alimentar sozinhos. Tendo em atenção estas situações era importante o *empowerment* destes para a realização da tarefa em questão, assim como os sinais de alerta para os quais deveriam estar despertos e o modo de atuação (Clavé et al, 2008; Mestre & Rockland, s.d.).

Antes da avaliação da deglutição devemos ter em atenção o ambiente que nos rodeia, assim como as condições que a pessoa tem na hora da refeição para garantir a posição adequada para se alimentar, quer com a realização do levante quer com a elevação da cabeceira, que para o caso do utente estar acamado será mais fácil se tiver cama articulada (Januário, 2012). O Senhor (Sr.) A., utente ao qual realizámos uma visita domiciliária, tinha apresentado uma rápida debilitação do seu estado, sendo a esposa que o ajudava a levantar-se, mas esta caiu e ficou impossibilitada de realizar esforços. O utente recusava ir para o hospital e tinha preferência por falecer em casa (não se tratando ainda de uma fase terminal, mas o utente e família expressaram a sua vontade). O Sr. A. não apresentava disfagia, mas era um risco alimentar-se na posição de deitado, correndo o risco de aspiração, pois não possuíam cama articulada e nesse momento não havia mais ninguém para o ajudar a realizar o levante. Foi então que se recorreu às fisioterapeutas de forma a disponibilizar ajudas técnicas (existentes na ECCL e geridas pelas fisioterapeutas) e conseguiu-se uma cama articulada, contudo houve também necessidade de pedir ajuda à junta de freguesia para se realizar mudanças a fim de se conseguir colocar a cama no T0. Foi com a integração no plano de reabilitação que se detectou a necessidade de uma ajuda técnica que facilitou os cuidados no domicílio e fez com que este se conseguisse alimentar de forma segura e eficaz (Decreto-Lei nº93, 2009, p. 2276). Como descrito na unidade de competência A2, o EEER deve adaptar as condições às limitações da mobilidade tendo em vista a máxima capacidade funcional da pessoa (OE, 2010b).

Neste local de estágio não havia nenhum protocolo para avaliação da disfagia e os procedimentos a adotar, contudo havia já uma formação planeada sobre a importância desta problemática e o método MECV-V, para os profissionais de saúde (Clavé et al, 2008; Mestre et al, s.d.). Foi no decorrer da formação que senti a necessidade de realizar outra sessão, de forma a dar continuidade à informação relevante. A deteção desta necessidade corrobora a importância do trabalho prático em contexto real (*action learning*), neste caso assistindo à formação, para o desenvolvimento profissional, gerando o estímulo a novas aprendizagens e partilhas (*on the job learning*) (Lombardo & Eichinger, 1996). Desta forma senti igualmente necessidade de realizar um folheto que ficasse de suporte para as famílias poderem consultar quando não estivéssemos por perto, pois na comunidade a nossa visita nem sempre é diária e os utentes/família passam muito tempo sozinhos, havendo a necessidade de deixar informação escrita para que estes possam consultar quando tiverem dúvidas.

Os domínios e as competências comuns e específicas do EEER, que foram desenvolvidos de acordo com o descrito foram (OE, 2010a, b):

“B1. Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;”

“B2. Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade;”

“D2. Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.”

Após o conhecer as necessidades da população com alteração da deglutição tornou-se imperativo identificar estratégias de resposta à problemática.

Ao longo dos estágios, os cuidados prestados sempre foram de forma a garantir o respeito pela pessoa e considerando as suas escolhas de saúde e de cuidados, de forma a delinear objetivos conjuntos e cuidados individualizados. Garanti cuidados que prevenissem complicações, baseados na evidência consultada e na partilha de conhecimentos com colegas mais experientes (*Active Citizenship Network*, s.d.).

Os utentes/famílias sempre foram informados da situação (pela equipa médica e pela equipa de enfermagem) e questionados sobre a aceitação dos tratamentos e intervenções adequadas para a sua problemática. Os cuidados prestados devem cumprir os padrões de qualidade e respeitar o tempo necessário para os efetuar da melhor maneira possível, sendo que ao identificar e planear os cuidados para o utente com disfagia estamos a atuar de forma a prevenir e garantir a nutrição e

hidratação adequadas, com vista a melhorar a qualidade de vida (*Active Citizenship Network*, s.d.).

Todas as intervenções realizadas tiveram em conta a segurança do utente e do prestador de cuidados, garantindo as necessidades nutricionais. Quando não era possível alimentar o utente por via oral devido a apresentar alterações na deglutição com risco elevado de aspiração, eram garantidas as suas necessidades através de outras alternativas de alimentação, de acordo com a sua situação clínica (Bloch & Mueller, 2013).

No local de estágio 1 deparei-me com duas situações, em que os utentes apresentavam alteração da deglutição e já eram acompanhados pelo ORL. Como esta situação já se arrastava há algum tempo, ambos eram alimentados por PEG, sendo que um deles tinha acompanhamento da terapia da fala no domicílio e a outra não. Contudo, em meio hospitalar ambos os utentes tiveram direito a cuidados de reabilitação no que respeita à disfagia.

Quando detetada alguma alteração da deglutição é imperativo informar o utente e a sua família/cuidador, adequando o discurso e os ensinamentos de acordo com a pessoa que temos perante nós. Os ensinamentos devem conter a alteração identificada e os cuidados a adotar para garantir segurança na alimentação, mesmo quando é necessário a adaptação da dieta e a inclusão do uso de espessante. Contudo, é crucial validar a informação transmitida, englobando a observação do utente/família ao realizarem as tarefas. A aprendizagem do ser humano é realizada de diversas formas, para além de escutar e ler, a aprendizagem ativa (participar numa discussão, fazer uma apresentação e/ou participar numa atividade prática) assume um papel preponderante na consolidação dos conhecimentos adquiridos (Lombardo et al, 1996). Por isso devemos observar a prática do utente/família após a explicação para garantir que os procedimentos estão a ser bem realizados e apreendidos, sendo este momento aproveitado para realizar o reforço positivo e esclarecimento de eventuais dúvidas (Myers, 1999). Todo este processo é necessário ao longo do internamento, mas também quando o utente se encontra em casa, de forma a capacitá-lo e à família para a atuação nas alterações da deglutição, para que no momento do regresso a casa se sintam preparados para prevenir as complicações da disfagia (Martins et al, 2016).

O EEER, após uma avaliação da deglutição do utente, deve realizar um plano de intervenção para reeducação da deglutição, de forma individualizada para cada

utente, pois as alterações nem sempre são as mesmas assim como a adaptação às intervenções.

No local de estágio 1 foi realizada uma formação para os assistentes operacionais (apêndice IV), de forma a capacitá-los na alimentação dos utentes com disfagia e na preparação da água espessada, com a consistência adequada a cada utente, pois são estes profissionais que maioritariamente alimentam os utentes no serviço, inclusive preparam os pequenos-almoços e os lanches (papas). Segundo Januário (2012), a necessidade de formação sobre a disfagia nos enfermeiros é notável, devido à falta de articulação dos conhecimentos, verificando-se que o fazem apenas para o auto-cuidado de comer/beber. Isto é comprovado num estudo realizado em 1998 por Sandhaus et al. citado por Januário (2012), mas como não existe evidência mais recente, assume-se que ainda esteja presente no nosso quotidiano. Ora, se esta necessidade é encontrada para os enfermeiros que têm formação académica, mais premente se torna a capacitação dos assistentes operacionais. Na formação foi incluído o cartaz para colocar junto do utente, como forma de sinalização, explicitando os cuidados a ter na hora da refeição e a consistência adequada para este. Esta necessidade foi detetada na primeira semana de estágio, aquando da observação da dinâmica do serviço, pois mesmo que os utentes com disfagia estivessem sinalizados, quem os alimentava não tinha formação ou capacitação e os riscos mantinham-se, podendo advir as complicações já mencionadas neste trabalho (Braga, 2016; Branco et al, 2017; Ferreira et al, 2018; Silva, 2015). O cartaz mencionado foi criado pela colega da mesma especialidade e escola que realizou estágio no ano anterior neste serviço, mas este ainda não estava impresso devido a questões de logística hospitalar, pelo que o meu contributo para o serviço foi a impressão de vários cartazes plastificados, sendo uma forma de o utente estar devidamente sinalizado e de prevenir as complicações (Loureiro, 2018). A colega tinha realizado a formação sobre a disfagia aos enfermeiros, sendo ainda notável o seu empenho, pois o cumprimento da norma mantinha-se e a avaliação da deglutição era sempre realizada na admissão. A continuidade dos cuidados realizados pelo EEER é importante, visto este trabalho ser notável de ano para ano e fazer diferença nos cuidados prestados aos utentes.

No decorrer do local de estágio 1, assisti às segundas Jornadas dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (CHLO), subordinadas ao tema “Da Prática Clínica à Integração de Cuidados” (anexo I), no qual participei com um poster (apêndice V), que envolve a

temática do relatório, com o apoio da minha orientadora de estágio. Esta participação foi uma mais-valia para relembrar alguns conceitos e temáticas, assim como a aquisição de novos. De acordo com os Descritores de Dublin (Decreto-Lei n.º74/2006), para a obtenção do grau de Mestre devemos ter competências de auto-aprendizagem e comunicação e o facto de assistirmos a este tipo de eventos faz com que adquiramos conhecimentos passíveis de serem partilhados. A temática do poster realizado tinha sido um tema abordado no XX Congresso Anual da Associação Portuguesa de Nutrição Entérica e Parentérica (APNEP) intitulado de “Cuidados Nutricionais para Todos” no qual também participei (anexo II). Este realizou-se no decorrer do primeiro estágio e antes das jornadas. Até ao momento, não conhecia este conceito e denominava-o de forma incorreta. Com a realização do poster espero ter contribuído de alguma forma para a enfermagem de reabilitação através da partilha de conhecimento.

No local de estágio 2, foi realizada uma formação pelas enfermeiras de reabilitação sobre a questão da disfagia e da escala de GUSS, à qual assisti, mas senti necessidade de realizar outra formação para complementar, abordando os cuidados gerais a ter nas pessoas com disfagia, o trabalho de intervenção do EEER e a preparação da água espessada. A formação teve ainda como objetivo que todos os profissionais pudessem atuar nas suas visitas domiciliárias de modo mais informado, assim como alertar os utentes e famílias para a situação, com posteriormente a sinalização destes para os EEER. Esta formação encontra-se no apêndice VI.

Neste local de estágio houve também a necessidade de realizar um folheto sobre a disfagia para que ficasse junto do utente/família para fácil consulta aquando do surgimento de alguma dúvida, por impedimento do horário de atendimento da ECCI. Os profissionais não devem descorar de uma explicação prévia dos cuidados explicitados nos folhetos para garantir que a informação é compreendida e validada. Remete-se este folheto para o apêndice VII.

Para a construção do folheto, realização das formações e poster, assim como para a construção do projeto e relatório de estágio, houve a necessidade de realizar pesquisas contínuas de forma a usar a evidência mais atualizada, sendo que não foi encontrado nada de inovador, apenas algo que despertou mais o meu interesse. A intervenção que me deixou curiosa foi a electroestimulação neuromuscular, que tem como objetivo a recuperação muscular (Branco et al, 2017), mas que não tive

oportunidade de contactar nos locais de estágio. Será uma formação a realizar futuramente, pois poderá trazer mais benefícios para os utentes com disfagia.

Tendo em conta as atividades descritas, que foram realizadas nos locais de estágio, desenvolveram-se os seguintes domínios e competências comuns e específicas do EEER (OE, 2010a, b):

“A2. Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais;”

“B2. Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade;”

“C2. Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados;”

“D2. Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento”.

Após a identificação das estratégias de resposta à problemática da alteração da deglutição importa agora transitar para a prestação de cuidados de reabilitação, de modo a dar resposta às necessidades detetadas.

As condições de segurança no meio envolvente à prestação de cuidados devem de ser sempre garantidas antes de qualquer intervenção. Na hora de alimentar o utente com alterações da deglutição, ou mesmo no momento da reeducação de forma direta (com alimento), devemos assegurar-nos que a rampa de aspiração está preparada, assim como se o oxigénio e o oxímetro estão operacionais, pois em caso de intercorrência temos tudo disponível para atuar, em contexto hospitalar, tal como garantido no local de estágio 1. No local de estágio 2 estas condições eram asseguradas se levássemos connosco o aspirador portátil, que deveria fazer parte do material quando nos deslocávamos a casa de um utente para realização do treino de reeducação da deglutição. Em ambos os locais de estágio não aconteceu qualquer intercorrência, mas estávamos prevenidos para qualquer eventualidade, não colocando em risco a segurança e saúde dos utentes. A reabilitação é um processo longo que nem sempre significa o retorno às condições prévias à alteração da saúde, mas uma adaptação às alterações causadas pelas patologias e/ou idade (Januário, 2012). Pelo que devemos valorizar os pequenos progressos, acompanhando a evolução do utente.

No decorrer dos estágios cruzei-me com alguns utentes que apresentavam disfagia, não tantos como esperava, mas os suficientes para desenvolver as competências como EEER, utilizando os conhecimentos adquiridos. No local de estágio 1, houve um utente que ficou internado por alteração da função renal, mas

apresentava como antecedente pessoal *Parkinson*, uma das patologias em que a disfagia está associada, principalmente numa fase avançada que era o caso deste senhor (Al-Hussaini et al, 2013; Braga, 2016). Antes do internamento o utente necessitava de ajuda nas atividades de vida diárias, deambulava com auxiliar de marcha e era incontinente. Foi algaliado pelo contexto do internamento (visto que também apresentava hematúria). Ao longo do internamento, o utente pertencia a um sistema totalmente compensatório, sendo que era estimulado para o seu autocuidado. No decorrer das passagens de turno, os colegas informavam-me se a avaliação da deglutição não tivesse sido realizada na admissão de algum utente ou nos casos em que esta se encontrava alterada, o que se verificava neste utente. Após nova avaliação, verificou-se que apresentava um reflexo de deglutição lentificado e pouco eficaz, por apresentar resíduos na cavidade oral o que podia provocar risco de aspiração. Havia já uma ponderação de colocação de SNG pela equipa médica, visto este utente não estar a ingerir as necessidades nutricionais adequadas (apenas se alimentava melhor em períodos que estava mais desperto) e encontrar-se emagrecido (Silva, 2007). Contudo, foi iniciado o plano de intervenção que englobava fortalecimento muscular (de lábios, língua, bucinadores e masséter) e estimulação sensitiva (sabor na colher vazio, quente/frio) (Braga, 2016; Ferreira et al, 2015). Ao longo do tempo não se obteve melhorias e o utente mantinha uma deficiente ingestão de nutrientes, pelo que foi colocada a SNG. Para avaliação da evolução do utente foram usadas a avaliação dos pares cranianos, avaliação da deglutição de acordo com a escala de GUSS, a *Medical Research Council Muscle Scale* e também aplicada a escala de *Borg* (Braga, 2016; Ferreira et al, 2015; OE, 2016). A reeducação da deglutição foi mantida e os ensinamentos sobre os cuidados a ter com o utente (incluído com a SNG) foram explicados à família, pois iriam ser os seus cuidadores após a alta. O facto de um utente colocar SNG não significa que o trabalho do EEER termine, devemos insistir e persistir para que o utente consiga alcançar os seus objetivos, continuando o plano de intervenção na esperança que o utente consiga eventualmente realizar uma refeição por via oral, mas acima de tudo devemos assegurar a saúde e a qualidade de vida.

Ainda no local de estágio 1 surgiu uma utente que era alimentada através da PEG, por apresentar disfagia severa, devido ao diagnóstico de *Parkinson* num estadio avançado, apresentando também traqueostomia. De acordo com a norma do serviço, foi realizada a avaliação da deglutição, na qual o utente não apresentou alterações na deglutição para as diversas consistências (mel, néctar e pudim).

Tentei testar com sólidos (pão), mas não foi possível a realização do bolo alimentar devido à qualidade do pão (Ferreira et al, 2015). No decorrer da avaliação reparei numa assimetria facial, com tónus e contração muscular menos acentuado na hemiface direita, assim como uma tosse pouco eficaz. Para além do fortalecimento muscular dos músculos da deglutição que se iniciou (Ferreira et al, 2015; Braga, 2016), foi também de extrema necessidade o fortalecimento dos músculos acessórios da respiração, para que a tosse fosse eficaz (Cordeiro & Menoita, 2012). As intervenções de reabilitação foram realizadas nos diversos contactos com a utente. A utente todos os dias pediu para beber água, que era administrada via oral através de copo, pois a deglutição era compensada fazendo pressão com a mão nos lábios, sem qualquer tipo de alteração, incluindo a saturação. A utente aguardava a realização de uma videofluoroscopia, que poderia confirmar a minha avaliação ou detetar a aspiração silenciosa. Contudo, esta não foi realizada por a utente não ter colaborado com reflexo de tosse quando lhe foi solicitado. Fiquei sempre com a dúvida se existiam aspirações silenciosas, mas penso que não, pois a utente manteve-se sempre bem, sem aumento de secreções, sem febre e com boas saturações, no decorrer das duas semanas de intervenção. As apirações silenciosas podem provocar uma alteração na saturação de 2 a 5%, sendo por esse motivo que a avaliação da deglutição deve ser realizada com o oxímetro (Clavé, et al, 2008). Devemos confiar nas nossas capacidades e avaliações, porque primamos pela segurança e prevenção do risco, assim como acreditamos no potencial que cada pessoa apresenta, tentando atender aos desejos dos utentes.

O Sr. A. foi outro utente em que se verificou disfagia, todavia com alterações diferentes em que era necessário intervir a nível da laringe e da faringe por diminuição da força muscular de toda essa região. Para reforçar a zona da laringe foram realizadas exercícios de *Shaker* e Manobra de *Mendelson*. Para a zona da faringe as técnicas de reabilitação treinadas foram: extensão cervical, flexão laterla para o lado menos afetado, respiração supraglótica, deglutição forçada, sucção antes da deglutição e manobra de *Masako*. As que eram comuns às duas estruturas são: flexão cervical, rotação cervical para o lado mais lesado (Silva, 2007; Johnson, Herring, & Daniels, 2014). Todos estes exercícios foram realizados sem alimento, pois o Sr. A. apresentava uma disfagia severa e a sua alimentação era realizada por PEG. Foram também realizados exercícios de sensibilidades ao nível da língua, de forma a provocar contração e aumentar o tónus muscular, que era pouco nesta estrutura.

Os utentes aquando da alta hospitalar podem ir para instituições, Unidade de Cuidados Continuados (UCC) e domicílio, contudo é importante que estes se façam acompanhar de uma nota do EEER de forma a esclarecer as suas alterações e os cuidados necessários nos momentos das refeições, ou até mesmo para continuação da reeducação da deglutição. No caso de irem para o domicílio a capacitação familiar/cuidador é importante, validando sempre a informação e realizando reforço positivo quando for necessário (Myers, 1999).

No local de estágio 2, temos o exemplo do utente do estudo de caso, em que a sua disfagia era devido à idade (denominada de presbifagia) e associada à demência. Os exercícios realizados com este utente eram de forma direta, pois a sua disfagia era moderada, sendo compensada na consistência pudim sem apresentar alterações de eficácia e de segurança da deglutição. A esposa era a cuidadora informal deste utente, a qual foi capacitada para preparar a água espessada e as refeições na consistência adequada, assim como a alimentá-lo. Inicialmente este utente apresentava farfalheira audível, mas após duas a três visitas este sinal já não se verificava e houve melhoria dos resultados da saturação, resultado da apreensão dos conhecimentos e da boa prática de cuidados da esposa, apesar da sua idade. A avaliação da deglutição consecutiva e programada permitenos ver a evolução da sua melhoria, assim como a eficácia das nossas intervenções, sendo que devemos utilizar sempre a mesma escala, validada para a nossa população, para o utente que estamos a reeducar (OE, 2016). Podemos considerar que neste caso houve um ganho e que a intervenção do EEER fez diferença.

Numa outra situação, a utente encontrava-se com SNG e a realizar cuidados de reeducação da deglutição pela minha orientadora, em que era notável uma boa evolução. Ao final de 4 semanas, a utente apresentava uma deglutição eficaz e segura, sendo que foi a própria a ter o prazer de retirar a SNG. Contudo, esta não apresentava autonomia na atividade de vida comer/beber, pelo que os ensinamentos sobre os cuidados a ter na hora da refeição e da preparação da água espessada e refeições na consistência adequada foram realizados com a filha. Os ensinamentos foram validados através da observação da preparação e da administração da alimentação e da água. A utente ficou muito feliz por se “livrar do tubo” e poder voltar a saborear a comida, pelo que foi prazeroso alcançar os objetivos do plano traçado com a utente. Para André & Rosa (1997), são cuidados de qualidade os que maximizem a satisfação dos intervenientes em todas as etapas do processo do cuidar.

Quando os utentes têm alta da ECCI são novamente acompanhados pelo médico de família, sendo relevante a transmissão da informação da situação e alterações ao nível da deglutição. O médico deve estar alerta no momento da prescrição da medicação de forma a garantir a fórmula mais adequada para o utente e que a sua administração é segura e eficaz, podendo por vezes recorrer à colaboração do farmacêutico (Miles et al, 2014).

Ao longo do estágio foram realizadas reflexões de acordo com o ciclo de *Gibbs* (apêndice VIII e IX), que me permitiram analisar os cuidados prestados, melhorando-os a cada contacto com os utentes e com os conhecimentos adquiridos de forma contínua, assim como um crescimento a nível profissional. Os Descritores de Dublin também preconizam a realização de reflexões para que não sejam realizados juízos de valor, garantido uma prática ética e social (Decreto-Lei n.º74/2006).

De acordo com Miles et al. (2014), no que respeita à avaliação da deglutição e a realização de protocolos/normas nos serviços, estes devem ser construídos para que se consiga detectar as apirações silenciosas, sendo uma mais-valia para o utente que não apresenta sinais de aspiração por alteração da sensibilidade das estruturas.

Perante as atividades acima descritas foi possível desenvolver domínios e competências comuns e específicas do EEER, sendo elas (OE, 2010a, b):

“A1. Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção;”

“A2. Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais;”

“B1. Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;”

“B2. Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade;”

“B3. Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro;”

“C1. Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional;”

“C2. Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados;”

“D1. Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;”

“D2. Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento”.

Objetivo Complementar – Desenvolver competências como EEER na função motora, cardio-respiratória, sensorial, cognitiva, da eliminação e da sexualidade

O objetivo complementar do projeto de estágio (apêndicelll) surge para dar resposta às competências do EEER de acordo com o regulamento RCEEER, que culmina na obtenção do título de EE. Nos pontos seguintes vou descrever as atividades que foram realizadas para responder aos objetivos planeados, com foco na aquisição de novos conhecimentos, desenvolvimento de competências como EEER e prestação dos melhores cuidados de enfermagem, baseados na evidência.

Para tal foi indispensável conhecer as necessidades da população na função motora, cardio-respiratória, sensorial, cognitiva, da eliminação e da sexualidade.

O EEER deve sempre avaliar as capacidades dos utentes, com recurso a escalas (OE, 2016), antes de realizar e implementar um plano de intervenção, com o intuito de perceber quais as necessidades dos utentes. A OE desenvolveu um documento que pretende uniformizar a utilização dos instrumentos de medida e avaliação, de forma a se puder quantificar e evidenciar os resultados obtidos pela intervenção dos EEER, documentar os cuidados especializados para dar continuidade e desenvolvimento de projetos de investigação que se poderão assumir como boas práticas (OE, 2016).

As escalas para avaliação das funções motora, cardio-respiratória, sensorial, cognitiva, da eliminação e da sexualidade usadas foram as preconizadas pela OE e as mesmas em ambos os locais de estágio.

Nos dois locais de estágio ainda não existiam projetos que abrangessem estas funções, sendo que a atuação do EEER surgia consoante a necessidade dos utentes. Contudo, no segundo local de estágio estava idealizado um projeto para a função motora, mas ainda não existia nada em concreto.

De acordo com o descrito anteriormente foram desenvolvidos os seguintes domínios e competências comuns e específicas do EEER (OE, 2010a, b):

“B1. Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;”

“B2. Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade;”

“D2. Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento”.

Após o conhecimento das necessidades da população procedeu-se à identificação de estratégias de resposta e prestação de cuidados de reabilitação à

pessoa com alterações da função motora, cardio-respiratória, sensorial, cognitiva, da eliminação e da sexualidade.

Em ambos os locais de estágio alguns dos utentes que apresentavam alteração da deglutição, demonstravam em simultâneo alterações de outras funções. A prática de cuidados era sempre mantida de forma a respeitar os direitos humanos, com a realização de planos de intervenção individualizados, tendo em conta os objetivos dos utentes desde que não colocassem em risco a sua qualidade de vida.

As intervenções aplicadas aos utentes eram sempre antecipadas pela verificação do ambiente para garantir que estas seriam prestadas em segurança, por exemplo para realizar treino de marcha num utente que apresenta desequilíbrio estático na posição de pé, devemos garantir que temos o calçado adequado e o piso em boas condições.

No local de estágio 1, a Senhora (Sra.) A. apresentava um desequilíbrio da marcha, contudo gostava de passear e sair do quarto. No decorrer do seu internamento, dirigia-me à utente e realizava treino de marcha com auxiliar de marcha (andarilho), de forma a realizar reabilitação, mas em simultâneo a proporcionar um momento de descontração e alegria.

A Sra. M., utente com alguma idade, estava internada por uma pneumonia. Referiu-me que quando tossia apresentava perdas de urina pelo que tinha que usar fralda, facto incomodativo e para o qual não estava preparada. Pelo diagnóstico da pneumonia houve necessidade de realizar reabilitação funcional respiratória incluindo exercícios com o bastão. Foram acrescentados exercícios sobre o fortalecimento do pavimento pélvico e validada a força bem exercida através de cotonete vaginal. Antes da alta a utente já referia melhorias e quando tossia exercia a força a nível abdominal, sendo que a musculatura pélvica era contraída de forma a prevenir a incontinência de esforço.

Na unidade de cuidados intermédios do local de estágio 1 existem utentes a realizar VNI, uma realidade diferente da minha prática profissional, pois são utentes com necessidades de cuidados aos quais eu não estou familiarizada. Todos estes utentes beneficiam e necessitam de cuidados de reeducação funcional respiratória, sendo que inicialmente observei a realização de diversas técnicas pela enfermeira orientadora. O Sr. H. com o diagnóstico de doença pulmonar obstrutiva crónica, apresentava internamentos recorrentes devido às crises de dispneia. Numa fase inicial dos internamentos necessitava de VNI e uma maior vigilância, pelo que ficava na unidade. Com o Sr. H. tive a oportunidade de realizar técnicas de relaxamento,

técnicas respiratórias e exercícios globais, sempre com maior foco na expiração (Mendes, 2013). Foi um benefício realizar cuidados de reabilitação a este senhor, pois estava familiarizado com as técnicas e exercícios, sendo que conseguia transmitir o benefício dos mesmos. Por exemplo, na aplicação dos exercícios de reeducação abdómino-diafragmática e costal, tanto seletivos como globais, da vibração e da percussão consegui ter a percepção da intensidade aplicada devido à cooperação e *feedback* que obtinha. O espirómetro de incentivo foi um bom aliado para observar a evolução na capacidade de volume expirado e progresso da situação clínica.

No local de estágio 2, a Sra. L. encontrava-se a realizar reabilitação motora iniciada por uma colega. Foi necessário entregar documentos à familiar, pelo que acompanhei a minha orientadora numa visita para os entregar. Nesta visita, solicitei se poderia conhecer a utente e realizar uma avaliação completa, que durante a qual nos deparamos com um cansaço fácil da utente, que não era do conhecimento da orientadora (que já a conhecia por não ser o primeiro contacto). Perante esta alteração foi explicado à familiar que não insistisse na realização de esforços com a utente e que fosse ao médico de família solicitar um exame à função cardíaca. O EEER para intervir com o utente deve realizar uma avaliação global para poder implementar as intervenções mais adequadas de forma a maximizar as capacidades do utente, que irão dar respostas às necessidades que foram afetadas por fatores internos ou externos, para alcançar a sensação de bem-estar e qualidade de vida (Orem, 2001). Antes do final do meu estágio foi confirmado que a utente apresentava alteração cardíaca e que os esforços deveriam ser limitados. É importante não olhar só para as alterações que foram identificadas anteriormente, mas realizar uma avaliação contínua do utente que temos perante nós, pois os desvios de saúde acontecem a qualquer momento e devemos ter todos os aspetos em consideração, porque o utente é um ser biopsicossocial.

A Sr. P. apresentava uma fratura a nível do tarso e tinha uma tala gessada cruropedálica. Estava impedida de realizar carga com o membro da fratura até realização de nova radiografia, pelo que deambulava com canadianas. Durante este tempo foi necessário realizar alívio de pressão da tala no calcâneo, para prevenir úlceras por pressão. Houve também a necessidade de realizar reforço muscular a nível dos quadricípetes do membro lesado, pois seria necessário manter a musculatura para o momento em que a utente voltasse a deambular sem a tala e

sem o recurso das canadianas. Foram realizados exercícios isotônicos e isométricos e com o decorrer das visitas foi associada resistência aos exercícios.

Os domínios e competências comuns e específicas desenvolvidas após a descrição realizada foram (OE, 2010a, b):

“A1. Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção;”

“A2. Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais;”

“B2. Concebe, gera e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade;”

“B3. Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro;”

“C1. Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional;”

“C2. Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados;”

“D1. Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.”

“D2. Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento”.

2.1.2. Competências do 2º ciclo previstas para obtenção do grau de mestre

todos os agentes com ação no campo da saúde devem assegurar a melhoria contínua da qualidade, como um meio de promover a qualidade e garantir que os progressos científicos e tecnológicos são integrados e implementados de um modo sistemático e generalizado. A identificação e divulgação de boas práticas deve permitir a comparabilidade e a replicabilidade de processos, medidas ou ações, contribuindo para a equidade e convergência dos níveis de eficiência dos diferentes serviços de saúde. Tem particular relevo a formação de profissionais nas diferentes áreas e a investigação científica (DGS, 2015, p.).

Com base no exposto a procura pelo conhecimento deve ser uma preocupação dos profissionais de saúde, valorizada e suportada pelas instituições de saúde, tal como preconiza o plano nacional de saúde 2012-2020. A atualização constante e oportuna dos conhecimentos de enfermagem promove a melhoria contínua da qualidade dos cuidados (Leprohon, 2002).

No que respeita às competências para atribuição do grau de mestre, conforme o estipulado do pelo Decreto-Lei n.º74/2006, foram adquiridos, desenvolvidos e aprofundados conhecimentos acerca das intervenções do EEER à pessoa com alteração da deglutição, assim como às restantes funções.

Através das reflexões realizadas foi possível desenvolver e aprofundar conhecimentos, assim como compreender os previamente obtidos, permitindo que em novas situações, não familiares e em contextos alargados e multidisciplinares a reflexão e a atuação sejam melhores. Na primeira reflexão (apêndice VIII) foi abordada a problemática da falha de comunicação entre profissionais o que impediu a confirmação da eficácia da deglutição da utente através de videofluoroscopia. Talvez pela insegurança de estar no primeiro estágio a desenvolver os conhecimentos adquiridos nas aulas e nas pesquisas realizadas fez com que necessitasse de confirmação da minha avaliação. Na segunda reflexão (apêndice IX) o tema abordado foi a importância e relevância do EEER nos cuidados domiciliários e a diferença das nossas competências num contexto diferente ao qual estou habituada.

Foram realizados planos de cuidados individualizados sob a alçada das enfermeiras orientadoras, de forma a proporcionar uma reflexão mais detalhada sobre a intervenção do EEER, nos diferentes contextos e situações, assim como a importância e o impacto do nosso trabalho na recuperação e qualidade de vida da pessoa.

Todo o trabalho desenvolvido, em conjunto com a realização do relatório, permitiu adquirir e desenvolver conhecimentos, lidar com questões complexas (incluindo sentimentos), desenvolver soluções e estratégias de adaptação, mesmo em situações de informação limitada/incompleta, refletindo sobre as implicações que resultam dessas decisões.

A realização e exposição do poster no congresso permitiu-me partilhar os conhecimentos adquiridos e sensibilizar para a problemática da disfagia para a enfermagem de reabilitação. As formações realizadas nos estágios foram igualmente importantes para consciencializar os profissionais dos serviços.

O crescimento pessoal e profissional obtido durante este percurso tornou-me capaz de partilhar conhecimentos, raciocínios e conclusões de uma forma mais clara e objetiva, contribuindo para a melhoria da minha prática de enfermagem de reabilitação na intervenção à pessoa com deglutição alterada.

Benner (2001), refere que os enfermeiros devem possuir um grau elevado de saberes e agir como peritos, porque é importante para o bem-estar dos utentes.

2.2. Avaliação do percurso

Todo este percurso foi pautado por elementos gratificantes e algumas dificuldades que limitaram o percurso desde a implementação do projeto de estágio.

Considero como ponto forte a escolha dos locais de estágio. O primeiro, realizado em meio hospitalar, permitiu-me focalizar nos cuidados enquanto aluna da especialidade de reabilitação, ao invés dos cuidados enquanto enfermeira generalista, por ser um local diferente de onde exerço as minhas funções. O segundo, realizado na comunidade, ajudou-me a desenvolver a prática de cuidados de reabilitação no ambiente do utente, conseguindo observar a mudança entre os contextos e a importância dos ensinamentos e validação dos mesmos no momento da alta hospitalar, assim como a partilha de informação para garantir a continuidade dos cuidados.

Outro aspeto a destacar foi o interesse das enfermeiras orientadoras pela área da deglutição e por haver a possibilidade de desenvolver trabalho enquanto aluna de enfermagem de reabilitação. No contexto hospitalar já tinha sido realizada formação aos enfermeiros sobre a avaliação da deglutição, pelo que senti a necessidade de continuar este trabalho com os assistentes operacionais, pois são estes que alimentam a maioria dos utentes. No contexto comunitário, a formação sobre a avaliação da deglutição para a equipa de enfermagem também já tinha sido iniciada pelos EEER; pelo que optei por completar com uma formação mais específica sobre estratégias a adotar e a ensinar aos cuidadores quando são detetadas alterações na deglutição.

Saliento a postura demonstrada por todos os profissionais, em ambos os locais de estágio, sempre foi de abertura e partilha de conhecimentos, o que facilitou o desenvolvimento para a aquisição de competências comuns e específicas de EEER.

A prestação de cuidados a utentes com disfagia, com diferentes patologias associadas, mesmo num número reduzido, tornou benéfico o desenvolvimento de competências como EEER; assim como contactar com diversas alterações da deglutição e adequar planos de cuidados específicos para cada utente.

A evidência existente sobre as alterações da deglutição baseia-se mais na teoria, não havendo muitos estudos que falem na eficácia das técnicas de compensação e reeducação da deglutição aplicadas, de forma individual ou complementar. As intervenções aplicadas foram com base na evidência, mas seria mais eficaz se houvesse mais estudos randomizados a comprovar a efetividade das

mesmas. Estes estudos seriam facilitadores para o desenvolvimento de competências de EEER na área em estudo.

O facto de ter desenvolvido grande parte deste percurso longe da minha residência e local de trabalho, exigiu uma grande logística em termos de deslocações e de tempo para estudar e trabalhar. Outra limitação prendeu-se com as mudanças no meu local de trabalho, nomeadamente questões de horário que limitaram a minha disponibilidade para participar e desenvolver mais atividades.

Contudo, acredito que todo o esforço é compensado, traduzido no benefício de toda a aprendizagem e desenvolvimento de competências comuns de EE e competências específicas de EEER.

CONCLUSÕES E PERSPETIVAS FUTURAS

A construção deste relatório permitiu consolidar os conhecimentos adquiridos e refletir sobre o desenvolvimento das competências comuns e específicas do EEER, assim como dos Descritores de Dublin, para a aquisição do título de enfermeira especialista e do grau de mestre.

A escolha desta temática surgiu pelo facto de esta ser uma área de atuação e de investigação prioritária definida pela Enfermagem de Reabilitação em Portugal, no período de 2015-2025 (OE, 2015b), e pela necessidade sentida enquanto profissional no meu local de trabalho.

O foco prendeu-se na intervenção do EEER à pessoa com alteração da deglutição e ambos os estágios não dissociar a pessoa, pelo que os cuidados prestados foram a um ser biopsicossocial e espiritual. Apostou-se na promoção da saúde e na prevenção da doença, mas também na melhoria da qualidade de vida a todos os níveis de intervenção do EEER, nos contextos hospitalar e comunitário.

A disfagia orofaríngea é uma problemática que está subdiagnosticada e subtratada, uma vez que os médicos ainda não admitem esta alteração como uma patologia, pelo que não a englobam nos relatórios dos utentes de acordo com classificação apropriada e tal como preconizado pela *European Society for Swallowing Disorders* (2002). Logo, a disfagia não apresenta o valor devido, apenas quando são visualizadas as suas consequências, o que foi notável nos dois estágios realizados, sendo mais notário em contexto comunitário.

Para um diagnóstico, o EEER deve realizar uma anamnese detalhada, incluindo a avaliação da deglutição. Quando é detetada disfagia é imperativo a reeducação da deglutição para que o utente consiga manter as suas necessidades nutricionais, assim como prevenir as consequências podem advir. A diminuição do tempo de internamento e dos custos associados são notáveis, assim como a melhoria da autoestima e a possibilidade da vida social na hora das refeições, que tanta importância é dada na nossa sociedade. Realizei uma anamnese a todos os utentes com os quais intervi, sendo que em algumas situações os cuidados de reabilitação foram além da reeducação da deglutição, por exemplo a cinesioterapia respiratória que num dos utentes impediu o reinternamento por alterações respiratórias.

A avaliação da deglutição deverá ser realizada através de instrumentos específicos e de forma sistemática, como se fosse um rastreio preventivo no qual a

disfagia é diagnosticada antes do surgimento das suas complicações. Os instrumentos de avaliação da deglutição devem estar validados para a população a ser estudada, sendo alguns disponibilizados pela OE (GUSS e *The Toronto Bedside Swallowing Screening Test*). É importante continuar a utilizar o mesmo instrumento para que se possa avaliar a evolução clínica do utente e realizar estudos com fortes conclusões.

Após detetadas as alterações, cabe ao EEER a realização e implementação de um plano de reabilitação individualizado, com intervenções terapêuticas dirigidas ao utente com disfagia. As atividades planeadas podem englobar estratégias compensatórias e de reabilitação, exequíveis e agradáveis, com objetivos realistas de serem atingidos para o utente e profissional. É importante trabalhar juntamente com o utente de modo a incentivá-lo e consciencializá-lo do ato de deglutir, ponto pelo qual devemos começar a reeducação da deglutição que é praticada muitas vezes, mas de forma inconsciente (Marchesan, 2003). A valorização da satisfação dos utentes é importante, pois de acordo com a OE (2002) visa a melhoria da qualidade dos cuidados. Comprovei este aspeto na prestação de cuidados no estágio hospitalar através da reação da satisfação da utente com o investimento que estava a ser feito com a sua situação, o que nos motivou para a continuidade do trabalho e, por conseguinte, para a obtenção de resultados.

A capacitação da família é de extrema importância por ser o nosso aliado nos cuidados, tanto em meio hospitalar como comunitário, contribuindo para a diminuição de complicações da disfagia. A presença da família será sempre um conforto e um estímulo para o utente, sendo este contacto importante para a evolução positiva do desvio de saúde (Thompson & Chochinov, 2010; Periyakoil, Stevens, & Kraemer, 2013).

O EEER, para além de toda a sua intervenção junto do utente e família, deve também capacitá-los, através dos ensinamentos verbais/demonstrativos e validar a informação apreendida através de questões e de observação. Todavia, esta capacitação deve também ser realizada aos seus pares e assistentes operacionais, para que possam colaborar numa melhoria dos cuidados à disfagia e que a hora da refeição não seja vista como um momento menos bom da fase de recuperação. Por este motivo, as exposições realizadas neste percurso tiveram o objetivo de informar, os que estão junto do utente, que todos devem estar dispostos para alterações e sinalizar o utente para receber um tratamento mais específico. Ao partilhar a informação estudada, estive também a consolidar as competências adquiridas neste

percurso. Considero que ao ensinar estou também a rever e a aprender, através do estímulo que sinto em pesquisar e em ter os melhores conhecimentos baseados na evidência mais recente.

Posto isto, sinto que este trabalho não ficará por aqui, pois é meu desejo dar-lhe continuidade no meu serviço (oncologia médica e cuidados paliativos) e aplicar as competências de EEER, tanto no utente com alterações da deglutição como nas restantes funções, que se revelam essenciais para a melhoria da prática dos cuidados.

Nos dias de hoje esta temática está mais presente nas formações, mas ainda é necessário sensibilizar para as manifestações e os cuidados imediatos a adotar, sobretudo aos novos profissionais. Este documento serve para ajudar a mostrar a importância da intervenção do EEER na gestão do ambiente seguro e dos recursos humanos para a prevenção de complicações e promoção da saúde, com a criação e implementação de protocolos de avaliação da deglutição. Pretende-se também incentivar a novas pesquisas e estudos, fortalecendo conhecimentos com investigação, sobretudo na área da eficácia e do benefício das intervenções aplicadas na reeducação da deglutição, onde parece haver uma maior lacuna de evidência.

O EEER deve provar a sua importância em todas as áreas e serviços, não havendo melhor forma de o fazer que através de estudos que comprovem a sua intervenção. É neste sentido que gostava de pesquisar mais sobre os cuidados às alterações de deglutição nos utentes oncológicos e em fase terminal, promovendo estudos no meu serviço que possam dar visibilidade ao papel que irei desempenhar enquanto EEER. Contudo, a importância dos cuidados de reabilitação não será apenas na área da deglutição, mas também nas restantes funções abrangentes pelo EEER (motora, sensorial, cognitiva, cardiorrespiratória, da eliminação e da sexualidade). Diariamente, vejo os meus utentes a batalhar contra o tempo que lhes resta, sendo que esta luta lhes permite que passem momentos com o máximo de qualidade de vida, mantendo a sua autonomia o máximo de tempo possível evitando ser um fardo para quem cuida. Para tal, acredito que desenvolver atividades que os façam fortalecer por exemplo a nível motor e respiratório, consciencializando-os de que estão a fazer o melhor possível, irá provocar uma satisfação e uma experiência de dignidade nos seus últimos dias de vida (Chochinov, 2002).

Penso que todos os objetivos propostos foram alcançados. Houve uma aprendizagem e crescimento como profissional e como pessoa. Comprometi-me a

realizar um percurso que consegui concluir, apesar dos imprevistos profissionais e pessoais que surgiram, mas que também foram ultrapassados. Pelo caminho vivi e partilhei experiências inesquecíveis, com utentes e colegas, incluindo as minhas orientadoras de estágio.

*Seja um estudante enquanto você tiver algo para aprender,
ou seja, por toda a sua vida.*

Henry L. Doherty

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Active Citizenship Network* (s.d.). Carta europeia dos direitos dos doentes. Consultada em 2 de janeiro de 2020. Disponível em: <http://www.europacoln.pt/Files/Ficheiros/PDFs/Downloads/Outros/cartaeuropeiad osdireitosdosdoentes.pdf>.
- Al-Hussaini, A., Latif, E., & Singh, V. (2013). 12-minute consultation: an evidence-based approach to the management of dysphagia. *Clinical Otolaryngology*, 38, 237–243.
- André, O., & Rosas, D. (1997). Qualidade dos cuidados de saúde - satisfação dos utentes. *Enfermagem Oncológica*, Ano 1 – n.º 3, 23-33.
- Baijens, L. W. J., Clavé, P., Cras, P., Ekberg, O., Forster, A., Gerald, F., & Leners, J. (2016). European Society for Swallowing Disorders – European Union Geriatric Medicine Society white paper : oropharyngeal dysphagia as a geriatric syndrome. *Clinical Interventions in Aging*, 11, 1403–1428. Acedido a 09-12-2019. Disponível em: <https://www.dovepress.com/by109.48.214.142>.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito; excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto.
- Bloch, A. & Mueller, C. (2013). Suporte nutricional enteral e parenteral. In Mahan, L. K., Escott-Stump, S., & Raymond, J.. *Krause: alimentos, nutrição e dietoterapia*. 13ª Edição. São Paulo: Roca. p.448-465.
- Bonança, I., Antunes, C., Parreira, D., Taveira, I., & Silva, S. (2019, dezembro). *Reconhecer a disfagia, o impacto da abordagem multidisciplinar* (poster). In 2º Congresso Nacional sobre Disfagia. Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, EPE. Lisboa.
- Bonilha, H. S., Simpson, A.N., Ellis, C, Mauldin, P., Martin-Harris, B, & Simpson, K. (2014). The one-year attributable cost of post-stroke dysphagia. *Dysphagia*. 29, 545-52. DOI: 10.1007/s00455-014-9543-8.

- Branco, C., & Portinha, S. (Eds) (2017). *Disfagia no Adulto – da teoria à prática*. Lisboa: Papa-Letras.
- Braga, R. (2016). Avaliação da Função Deglutição. In: Marques-Vieira, C. & Sousa, L. (Eds.). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida*, p.181-188. Loures: Lusodidacta.
- Chochinov, H. (2002). Dignity-conserving care – a new model for palliative care: helping the patient feel valued. *JAMA*. Vol.287, nº17, p.2253-2260. DOI: 10.1001/jama.287.17.2253
- Clavé, P., Arreola, V., Romea, M., Medina, L., Palomera, E., & Serra-Prat, M. (2008). Accuracy of the volume-viscosity swallow test for clinical screening of oropharyngeal dysphagia and aspiration. *Clinical Nutrition*, 27 (6), 806-815.
- Cordeiro, M., & Menoita, E. (2012). Reeducação Funcional Respiratória. In Cordeiro, M. & Menoita, E.. *Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória – Conceitos, Princípios e Técnicas*. Loures: Lusociência.
- Decreto-Lei nº93, 2009 de 16 de abril (2009). Ministério do trabalho e da solidariedade social. *Diário da República, 1ª Série*, N.º74 (16-04-2009) p. 2275-2277
- Decreto-Lei n.º74/2006 de 24 de março (2006). Lei de Bases do Sistema Educativo. *Diário da República, 1ª Série-A*, N.º 60 (24-03-2006). p.2242-2257.
- DGS (2015). Plano Nacional de saúde. Revisão e extensão a 2020. DGS, 1-38.
- Diana, D. M., & Rani, S. J. (2014). A study to assess the Effectiveness of Swallowing exercises on Swallowing Ability among Patients with Cerebrovascular Accident in selected Hospitals. *Asian Journal of Nursing Education and Research*. 4 (4), 429-435..
- Farri, A., Accornero, A., & Burdese, C. (2007). Social importance of dysphagia: its impact on diagnosis and therapy. *Acta – Otorhinolaryngologica Italica*, 27(2), 83-

86. Acedido 05-12-2020. Disponível em:
<https://doi.org/10.1016/j.micinf.2011.07.011>.Innate

Ferreira, A., Chambino, C., Siva, I., & Domingos, J.. (2015). *Norma de procedimento*. 12 de novembro de 2015. Avaliação da Deglutição. Hospital Garcia de Horta, Almada, Portugal.

Ferreira, A., Pierdevara, L., Ventura, I., Gracias, A., Marques, J., & Reis, M. (2018). Gugging Swallowing Screen: contributo para a validação cultural e linguística para o contexto português. *Revista de Enfermagem Referência*. Série IV (16), 85 – 94.

Januário, J. (2012). Treino da capacidade de auto-cuidado centrado na deglutição. In P. Queirós (Coord.), *Enfermagem: de nightingale aos dias de hoje 100 anos* (p. 305-319). Coimbra: Unidade de investigação da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Johnson, D. N., Herring, H. J., & Daniels, S. K. (2014). Dysphagia management in stroke rehabilitation. *Current Physical Medicine and Rehabilitation Reports*, 2(4), 207–218. DOI: 10.1007/s40141-014-0059-9

Jones, C., Knigge, M., & McCulloch, T. (2014). Speech Pathologist Practice Patterns for Evaluation and Management of Suspected Cricopharyngeal Dysfunction. *Dysphagia*, 29, 332-339.

Leprohon, J. (2002). *A qualidade dos cuidados de Enfermagem*. Revista da Ordem dos Enfermeiros. Nº 5, Janeiro. p. 26.

Lombardo, M., & Eichinger, R. (1996). *The career architect development planner*. Minneapolis: Lominger.

Loureiro, S. (2018). *Intervenção do Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação na reeducação do cliente com alteração da deglutição*. Dissertação de Mestrado. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/27926>.

- Makaroff, L., Gunn, A., Gervasoni C., & Richy F. (2011) Gastrointestinal disorders in Parkinson's disease: prevalence and health outcomes in a US claims database. *J Parkinsons Dis.* 1(1):65-74. DOI: 10.3233/JPD-2011-001
- Marchesan I. (2003). O que considera normal na deglutição. In Jacobi, J., Levy D & Silva L., *Disfagia – Avaliação e tratamento.* (pp.3-17). Rio de Janeiro: Revinter.
- Martins, R., & Mesquita, M. F. P. (2016). Fraturas da Extremidade Superior do Fémur em Idosos. *Millenium*, 50 (21), 239-252. Disponível em <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium50/14.pdf>
- Matsuo, K., & Palmer J. B. (2008). Anatomy and Physiology of Feeding and Swallowing – Normal and Abnormal. *Phys Med Rehabil Clin N Am*, 19 (4), 691-707. DOI:10.1016/j.pmr.2008.06.001.
- McCullough, G., & McCullough, K. (2014). Clinical Evaluation of Swallowing Function for Institutionalized Elderly: Balancing the Scales for Safety and Quality of Life. *Journal of Legal Nurse Consulting*, 25 (2), 12-17.
- Mendes, M. (2013). *Intervenção do enfermeiro de reabilitação na promoção do autocuidado: gestão do regime terapêutico, no planeamento da alta do idoso com DPOC.* Relatório de Trabalho de Projeto para obtenção de grau de Mestre em Enfermagem de Reabilitação. Instituto Politécnico de Santarém. Escola Superior de Saúde de Santarém.
- Menoita, E., Sousa, L., Alvo, I., & Vieira, C. (2014). *Reabilitar a Pessoa com AVC – Contributos para um Envelhecer Resiliente.* Lusociência. Loures.
- Mestre, S., & Rockland, A. (s.d.). *Método de Exploração Clínica Volume-Viscosidade (MECV-V) – para a Detecção da Disfagia Orofaríngea.* Espanha: Nestlé Health Science. Acedido a 14/07/2018. Disponível em: https://www.institutoepap.com/wp-content/uploads/2016/05/MECV-V_PT-PT.pdf.
- Miles, A., McFarlane, M., Kainth, P., & Parmar, P. (2014). Interdisciplinary management of dysphagia. *Clinical review*, 16 (10), 561-567.

- Myers, D. (1999). *Introdução à psicologia geral*. Rio de Janeiro: LTC – Livros Técnicos e Científicos editor S. A.
- OE (2002). *Padrões de Qualidade dos cuidados de enfermagem. Enquadramento conceptual, enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- OE (2010a). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Acedido a 5/5/2018. Disponível em:
<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Paginas/RegulamentoCompetenciasComunsEspecificas>.
- OE (2010b). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Acedido a 5/5/2018. Disponível em:
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao_aprovadoAG20Nov2010.pdf.
- OE (2015a). *Código Deontológico – Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro*. Acedido a 5/5/2018. Disponível em:
<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>.
- OE (2015b). *Áreas Investigação Prioritárias para Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. Porto: Ordem dos Enfermeiros.
- OE (2016). *Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Ordem dos enfermeiros - Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação.
- Orem, D. (1995). *Nursing: Concepts of Practice* (5ª Edição). St. Louis: Mosby-Year Book, Inc.
- Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of Practice* (6ª Edição). St. Louis: Mosby-Year Book, Inc.

Periyakoil, V, Stevens, M., & Kraemer, H. (2013). Multicultural long-term care nurses' perceptions of factors influencing patient dignity at the end of life. *J Am Geriatric Soc.* Vol.61, nº3, p.440-446. DOI: 10.1111/jgs.12145.

Regulamento nº 125/2011 (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Diário da República, 2ª Série. (N.º35, 18 de fevereiro de 2011), 8658-8659. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20125_2011_CompeticenciasEspecifEnfreabilitacao.pdf

SIGN (Org.) (2010). *Management of patients with stroke: identification and management of dysphagia – A national clinical guideline*. Edimburgo: Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Disponível em: <http://sign.ac.uk/guidelines/published/index.html>.

Silva, R. (2007) A eficácia da reabilitação em disfagia orofaríngea. *Pró-Fono Revista de Atualização Científica*, 19 (1),123-130. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-56872007000100014>.

Silva, T. (2015). *Disfagia no doente com AVC: Prevalência e Determinantes*. Dissertação de Mestrado não publicada. Instituto Politécnico de Viseu, Viseu.

Thompson, G., & Chochinov, H. (2010) Reducing the potential for suffering in older adults with advanced cancer. *Palliative and Supportive Care*. Vol.8., p.83-93. DOI: <https://doi.org/10.1017/S1478951509990745>

Tian H., Abouzaid S., Sabbagh M.N., Chen W., Gabriel S., Kahler K.H., & Kim E. (2013) Health care utilization and costs among patients with AD with and without dysphagia. *Alzheimer Dis Assoc Disord*, 27(2),138-44. DOI: 10.1097/WAD.0b013e318258cd7d

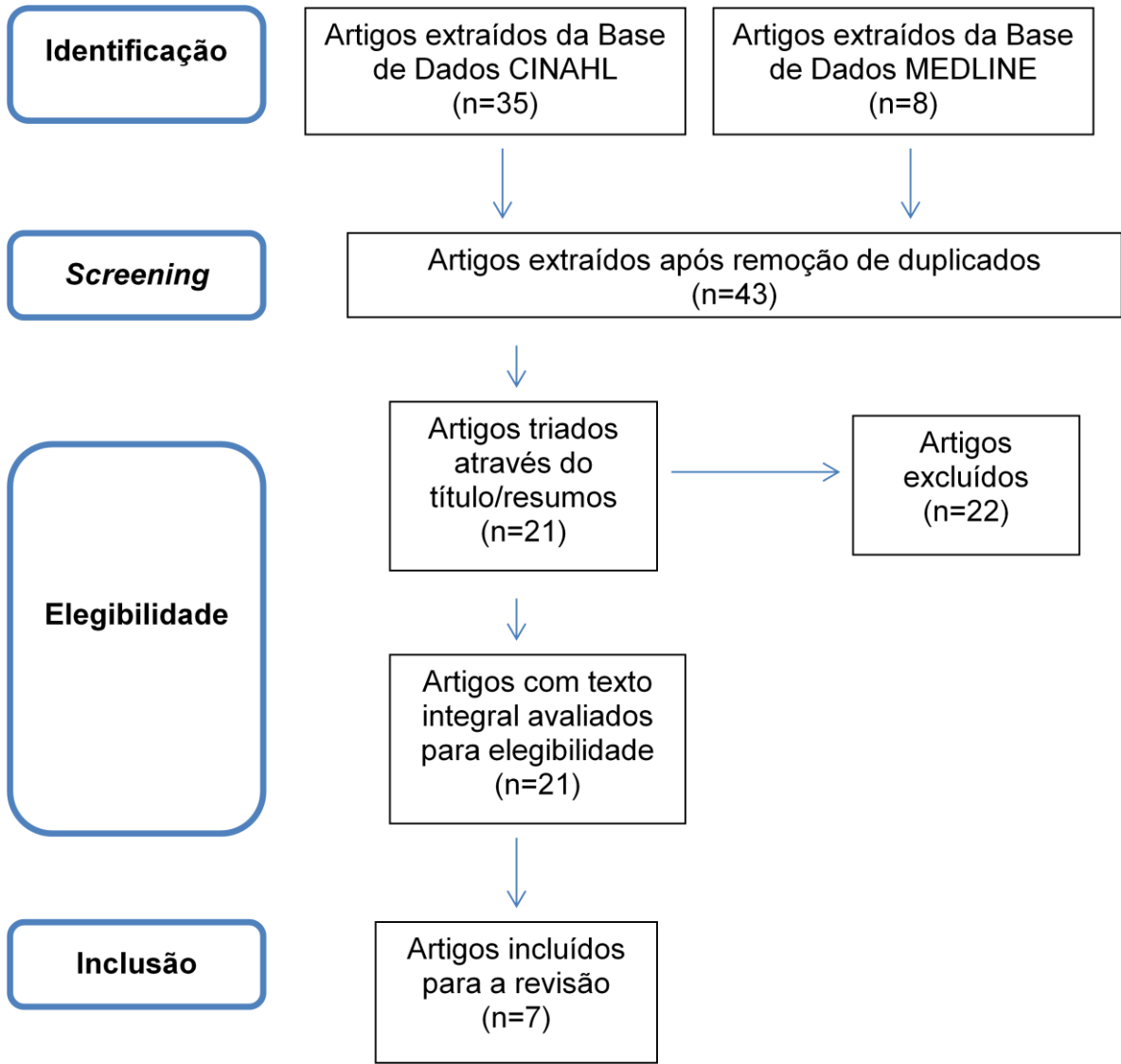
Wirth, R., & Dziewas, R. (2017). Neurogene Dysphagie. *Internist*, 58, 132–140.

WGO Practice Guidelines (2014). *Disfagia – Diretrizes e cascatas mundiais*. WGO. Acedido a 18/1/2018. Disponível em: <http://www.worldgastroenterology.org/UserFiles/file/guidelines/dysphagia-portuguese-2014.pdf>.

Yoon E. W. T., Hirao, J., & Minoda, N. (2016). Outcome of Rehabilitation and Swallowing Therapy after Percutaneous Endoscopic Gastrostomy in Dysphagia Patients. *Dysphagia*, 31, 730-736.

APÊNDICES

APÊNDICE I
Fluxograma da Revisão *Scoping*



APÊNDICE II
Pares Cranianos

Nº	Par craniano	Função	Componentes
I	Olfatório	Sentido de olfato	Sensitivo
II	Ótico	Sentido de visão (compreende 38% de todos os axônios conectados ao cérebro)	Sensitivo
V	Trigêmeo	Controlo dos movimentos da mastigação; Perceções sensoriais da face e da boca.	Sensitivo e motor
VII	Facial	Controlo dos movimentos dos músculos faciais – mímica facial e liberação de lágrimas e saliva; Perceção gustativa nos dois terços anteriores da língua.	Sensitivo e motor
IX	Glossofaríngeo	Perceção gustativa no terço posterior da língua, perceções sensoriais da faringe, laringe e palato. Deglutição.	Sensitivo e motor
X	Vago/pneumogástrico	Perceções sensoriais da orelha, faringe, laringe, tórax e vísceras. Inervação das vísceras torácicas e abdominais; Principal nervo do sistema nervoso autónomo.	Sensitivo e motor
XI	Espinhal/acessório	Movimentos da cabeça e ombros, inervação dos músculos esternocleidomastóideo e trapézio. Deglutição.	Motor
XII	Grande hipoglosso	Motricidade dos músculos da língua (exceto o músculo palatoglosso)	Motor

Fonte: Braga (2016); Branco & Portinha (2017);

APÊNDICE III
Projeto de Estágio



9º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação
Unidade Curricular de Opção II

**Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de
Reabilitação na Pessoa com Alteração da Deglutição**

Projeto de formação

Liliana Nunes, n.º8302

Lisboa
julho de 2018



9º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação
Unidade Curricular de Opção II

**Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de
Reabilitação na Pessoa com Alteração da Deglutição**

Projeto de formação

Liliana Nunes, n.º8302

Co-Orientador: Professor Ricardo Braga

Lisboa
julho de 2018

Pensamento

“A finalidade da reabilitação inscreve-se na complexidade do ser humano e no que há de aleatório na vida de todas as pessoas. Esta finalidade só pode ser atingida através de um projeto de cuidados realista e de conjunto. Pressupõe que mudemos frequentemente o nosso modo de olhar as coisas a fim de melhorá-lo e ajustá-lo às situações. Este olhar que ultrapassa aquilo que os olhos podem ver, demonstra o interesse real pela pessoa do outro.”

(Hesbeen, 2010)

ABREVIATURAS E SIGLAS

AVC – Acidente Vascular Cerebral

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ECL – Equipa de Coordenação Local

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ELA – Esclerose Lateral Amiotrófica

GUSS – *Gugging Swallowing Screen*

MECV-V – Método de Exploração Clínica Volume-Viscosidade

OE – Ordem dos Enfermeiros

PEG – Gastrostomia Endoscópica Percutânea

RCCEE – Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

RCEEER – Regulamento de Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

SNG – Sonda Nasogástrica

UCC – Unidade de Cuidados Continuados

WGO – Organização Mundial de Gastroenterologia

ÍNDICE

SUMÁRIO.....	6
1 – IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO	7
1.1 – Instituições Envolvidas.....	7
2 – COMPONENTE CIENTÍFICA E FORMATIVA	10
2.1 – A Pessoa com Alteração da Deglutição.....	12
2.2 – A Intervenção do EEER.....	16
2.3 – Quadro de Referência Teórico de Enfermagem	18
2.4 – Plano e metodologia do projeto	20
2.4.1 – Objetivos gerais e específicos.....	20
2.4.2 – Planejamento de atividades de acordo com os objetivos e recursos.....	21
3 – CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	22
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	23

APÊNDICES

APÊNDICE I – ESTRATÉGIA DE PESQUISA NA BASE DE DADOS CINAHL

APÊNDICE II – ESTRATÉGIA DE PESQUISA NA BASE DE DADOS

MEDLINE

**APÊNDICE III - EXEMPLO DE TABELA/FICHA DE LEITURA DE
EXTRAÇÃO E APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS**

**APÊNDICE IV – TABELA DE OBJETIVOS ESPECÍFICOS E ATIVIDADES,
COM RESPETIVO CRONOGRAMA, PARA O CAMPO DE ESTÁGIO 1**

**APÊNDICE V – TABELA DE OBJETIVOS ESPECÍFICOS E ATIVIDADES,
COM RESPETIVO CRONOGRAMA, PARA O CAMPO DE ESTÁGIO 2**

SUMÁRIO

O presente projeto foi desenvolvido no âmbito da disciplina de Opção II e como guia de orientação para o terceiro semestre, que serão os estágios.

Com o documento pretende-se: explorar conhecimentos na temática da reabilitação da deglutição à pessoa que apresente alterações; e compreender a importância da reabilitação da deglutição como prevenção de complicações da pessoa com alteração da deglutição. Este trabalho será a base dos estágios que serão realizados, permitindo o desenvolvimento de competências como EEER de acordo com RCCEE e RCEEER da OE, assim como o código deontológico.

O objetivo geral deste projeto é o desenvolvimento de competências como EEER na reeducação da pessoa com alteração da deglutição. De acordo com o objetivo geral, os objetivos específicos são: desenvolver competências para avaliar a função de deglutição; conceber plano de cuidados a prestar à pessoa com alteração da deglutição; implementar intervenções na pessoa com alteração da deglutição; avaliar a eficácia das intervenções à pessoa com alteração da deglutição. Para ir de encontro às competências do RCEEER foi necessário realizar um objetivo complementar que é o de desenvolver competências como EEER na função motora, cardio-respiratória, sensorial, cognitiva, da eliminação e sexualidade. Pretende-se que estes objetivos sejam alcançados no terceiro semestre, nos dois períodos de estágio.

Para adquirir conhecimentos e saber a evidência existente para esta temática, recorreu-se a uma revisão de *scoping*, que está integrada no corpo do trabalho. Esta revisão facilitou a compreensão da temática, a sua origem e as diversas formas de avaliar e intervir, em busca do conhecimento mais atualizado.

Este projeto será estruturado da seguinte forma: descrição da temática do projeto; caracterização dos locais de estágio (recursos materiais, humanos e projetos do EEER); construção da revisão crítica da literatura, que engloba o conhecimento acerca da temática e a sua pertinência para ser estudada (revisão *scoping*); descrição dos objetivos dos estágios; planeamento das atividades a desenvolver nos estágios de acordo com as competências comuns e específicas do EEER, a fim de alcançar os objetivos propostos e recursos disponíveis.

O tema que será desenvolvido e aprofundado ao longo deste trabalho será a intervenção do enfermeiro de reabilitação na pessoa com alterações de deglutição.

1 – IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO

Título: Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Pessoa com Alteração da Deglutição.

Questão: Quais são as intervenções do EEER à pessoa com alteração na deglutição?

Palavras-chave: alteração da deglutição; reabilitação; enfermagem de reabilitação.

Data: de 24 de setembro de 2018 a 8 de fevereiro de 2019

Duração: 1 semestre

1.1 – Instituições Envolvidas

Os estágios serão realizados em dois momentos de aprendizagem. O primeiro em contexto hospitalar e o segundo em contexto da comunidade. Segue-se uma breve descrição dos locais escolhidos e o motivo da escolha, para melhor desenvolver as competências adquiridas ao longo do primeiro e segundo semestre.

Campo de estágio Hospitalar

O campo de estágio hospitalar será desenvolvido no local de estágio 1. A escolha deste local de estágio foi pela existência de enfermeira de reabilitação a trabalhar no projeto de deglutição. É um serviço no qual as pessoas podem apresentar diversas patologias e as idades podem ser variáveis, o que pode ser vantajoso e criar oportunidade para desenvolver competências como EEER na reeducação da deglutição, e nas restantes funções da pessoa de acordo com o RCEEER.

Neste serviço a escala usada para avaliar a deglutição é a GUSS, sendo a que será adotada neste local de estágio.

Neste projeto, não houve oportunidade de colocar mais informação acerca deste serviço pela impossibilidade de realizar entrevista, por diversos fatores.

Campo de estágio Comunitário

O campo de estágio comunitário será desenvolvido no local de estágio 2. O seu início foi a 5 de abril de 2010, sendo a sua área geográfica de abrangência de 937,45Km². A prestação dos seus cuidados alcança a população de diversos concelhos.

A equipa é constituída por 14 enfermeiros (2 especialistas em saúde mental e psiquiátrica, um especialista em reabilitação e 4 especialistas em comunitária), 1 fisioterapeuta e 1 assistente técnica. Os registos são realizados no programa SClínico.

Os recursos físicos da UCC atualmente são um edifício principal constituída por 6 gabinetes (refeitório, gabinete da assistente técnica, gabinete de apoio dos projetos da UCC, gabinete da coordenação, gabinete da ECCI, gabinete da ECL, um ginásio e uma casa de banho) e o outro Pólo que fica localizado numa outra localidade sendo constituído por um gabinete para a ECCI e Saúde Escolar, um gabinete para o técnico de serviço social, e as restantes estruturas físicas comuns são partilhadas com a Unidade Funcional.

A UCC abrange população de todas as faixas etárias, que de acordo com a Rede Nacional de Utentes em março de 2018 (RNU, 2018), eram abrangidas 29.054 pessoas, das quais 66,37% apresentavam um grau de dependência total (22% jovens e 44,37% adultos). As patologias mais frequentes encontradas na população são: status pós AVC, pós-cirúrgico (cirurgia geral e ortopédica/ortotraumatológica), e síndrome de imobilismo. As necessidades da população recaem em: estimular/promover a autonomia da pessoa; diminuir a dependência nos autocuidados; capacitar a pessoa para uma marcha independente/autónoma; capacitar a pessoa a subir/descer escadas de forma independente/autónoma; prevenir alterações posturais/músculo-esqueléticas; prevenir a instalação de rigidez articular, contratura musculotendinosa e a anquilose; manter o alinhamento corporal e segmentar funcional; manter o tónus muscular; promover o fortalecimento muscular; e melhorar o equilíbrio na posição ortostática.

As pessoas são admitidas do meio envolvente e provenientes do Centro Hospitalar. Após a pessoa apresentar melhorias e se encontrar mais autónoma, é encaminhada para os recursos da comunidade envolvente, da qual fazem partes algumas instituições.

O papel da/dos família/cuidadores é relevante para a UCC, pelo que houve necessidade de realizar um estudo de investigação de diagnóstico de stress do prestador de cuidados informal.

Os projetos específicos da UCC, já em curso ou em implementação, relacionados com Enfermagem de Reabilitação são: Projeto DPOC, Deglutição, Projeto do Cuidador e Reabilitação Motora.

A escolha deste local prendeu-se pela existência de um enfermeiro de reabilitação na equipa, a desenvolver projeto na área de deglutição. Contudo, também apresentam projetos da reabilitação da função respiratória e motora, sendo que este último envolve os cuidadores. O

projeto da deglutição vai de encontro ao meu projeto de estágio e os restantes projetos irão complementar a minha formação, todos contribuindo para o desenvolvimento de competências de EEER.

Na UCC o instrumento usado para avaliar a deglutição é MECV-V, sendo a que será adotada neste local de estágio.

A perspetiva da pessoa neste estágio será muito diferente da minha realidade profissional e do primeiro estágio, pois a pessoa está no seu meio, e os recursos podem nem sempre estar disponíveis, havendo uma necessidade de criatividade acrescida e adequação dos cuidados de forma ainda mais personalizada, comparativamente ao que já se tenta realizar em meio hospitalar.

2 – COMPONENTE CIENTÍFICA E FORMATIVA

Revisão *Scoping*

Para investigar a pertinência deste tema foi necessário realizar uma pesquisa e estudo. Optou-se por uma Revisão de *Scoping* visto o seu objetivo ser mapear a necessidade de novos estudos e requerer pesquisa prévia acerca das temáticas que serão abordadas.

Objetivo e Questão

A questão de partida será: “Quais são as intervenções do EEER à pessoa com alteração na deglutição?”

O objetivo é perceber a problemática desta alteração e como se pode intervir de maneira a reeducar a deglutição e prevenir maiores sequelas.

Crítérios de Inclusão

Para os critérios de inclusão temos que ter presente a questão da mnemónica da revisão *scoping*, que é apresentada na seguinte tabela.

Tabela 1: Pergunta mnemónica PCC

Questão Mnemónica PCC		Palavras-chave
P (População)	Pessoas com alteração da deglutição.	Alteração da deglutição.
C (Conceito)	Intervenções do EEER.	Reabilitação; Enfermagem de reabilitação.
C (Contexto)	Não existe contexto neste protocolo.	

População

Para esta pesquisa a população considerada foram as pessoas com alteração da deglutição com idade superior a 18 anos, pois pretende-se estudar adultos excluindo-se assim as crianças e adolescentes (idades inferiores a 18 anos).

Conceito

Na pesquisa realizada nas bases de dados foi definido o conceito de intervenções do EEER, com o uso das palavras-chave: reabilitação e enfermagem de reabilitação.

Contexto

A intervenção do EEER à pessoa com alteração da deglutição poderá ser realizada em qualquer contexto, seja hospitalar ou comunitário, pelo que se decidiu incluir os estudos realizados em qualquer contexto, não especificando nenhum neste projeto.

Artigos

Na presente de revisão *scoping* consideram-se os estudos quantitativos e qualitativos relacionados com o tema, quer sejam estudos primários ou revisões da literatura, publicados entre os anos de 2013 e 2018 com texto integral, não havendo exclusão de idiomas. Na pesquisa preliminar realizada no *The Joanna Briggs Institute*, não foram localizadas quaisquer revisões sobre o tema.

Estratégia de Pesquisa

A pesquisa da revisão *scoping* foi realizada nas bases de dados MEDLINE e CINAHL.

Na CINHAL foram usados os termos indexados: *deglutition disorders, swallowing therapy, rehabilitation nursing*; com os termos booleanos *OR* e *AND*. Obteve-se 35 artigos como resultado, que após leitura do título, resumo e conclusão foram selecionados apenas 15, sendo que os restantes não continham conteúdo relevante para a temática a ser abordada neste projeto. Remete-se para apêndice I o esquema da estratégia de pesquisa usada na base de dados CINAHL.

Na MEDLINE foram usados os termos: *deglutition disorders, swallowing therapy* (termo na indexado), *rehabilitation nursing*; com os termos booleanos *OR* e *AND*. O resultado foi de 8 artigos, que no final apenas foram selecionados 6 artigos, com o uso dos mesmos critérios que na anterior base de dados. Os artigos excluídos não apresentavam conteúdos relevantes para a temática a ser abordada neste projeto. Remete-se para apêndice II o esquema da estratégia de pesquisa usada na base de dados MEDLINE.

Extração e Apresentação de Resultados

Para a extração de resultados foi criada uma tabela (ficha de leitura) no sentido de facilitar a recolha de informação mais pertinente, assim como apresentar a informação recolhida a usar na construção do enquadramento conceptual deste projeto. Remete-se para apêndice III o exemplo de tabela/ficha de leitura de extração e apresentação de resultados.

2.1 – A Pessoa com Alteração da Deglutição

A deglutição ocorre de forma involuntária cerca de 600 vezes por dia, e grande parte delas sem termos consciência. De acordo com Braga (2016) a deglutição apresenta 4 fases (oral preparatória, oral, faríngea e esofágica), sendo que a WGO (2014) apenas considera 3 fases (oral, faríngea e esofágica) (Braga, 2016; Diana & Rani, 2014; WGO, 2014).

Na avaliação da deglutição devemos compreender o relacionamento entre as estruturas envolvidas, pois existem componentes voluntárias e reflexas, envolvendo 26 pares de músculos e 5 nervos cranianos (V – trigémio, VII – facial, IX – glossofaríngeo, X – vago e XII – grande hipoglosso), os quais têm influência de forma mais direta. O centro reflexo da deglutição localiza-se no tronco encefálico que faz parte do controlo neurológico da deglutição, assim como o cérebro, gânglios basais, hipotálamo, amígdala, cerebelo, mesencéfalo e pares cranianos. As estruturas que se relacionam com a deglutição de forma direta são: cavidade oral, faringe, laringe e esófago (Braga, 2016; McCullough & McCullough, 2014).

O comprometimento da deglutição, na fase orofaríngea e/ou esofágica, culmina na dificuldade da perceção de que há impossibilidade de passagem normal do material deglutido, que pode ser de causa funcional ou estrutural (congénito ou adquirido) (Braga, 2016; WGO, 2014).

De acordo com a literatura existe medicamentos que podem ter influência na deglutição, assim como a “alteração do estado de consciência, atenção, perceção, coordenação, força, planeamento motor, sensibilidade, campos visuais ou comportamentos impulsivos” (Braga, 2016, p.184), não assegurando que a presença do reflexo de deglutição seja suficiente para uma deglutição sem riscos (Braga, 2016).

O diagnóstico da disfagia é um desafio pelas diversas etiologias, que podem ser: neurogénica (AVC, traumatismo craniano, ELA, esclerose múltipla, *Parkinson*, miastenia *gravis*, tumores cerebrais, distrofia muscular, entre outros) ou estrutural (tumor, bolsa

faríngea, estenose faríngea, compressão extrínseca). Assim como o fato de não existir um instrumento que seja considerado o mais adequado para a avaliação da deglutição, o que resulta em diferenças nas percentagens das pessoas diagnosticadas com disfagia (Al-Hussaini, Latif, & Singh, 2013; Braga, 2016).

A disfagia afeta, predominantemente, 5-8% da população acima dos 50 anos, aumentando para 14% nas pessoas com mais de 60 anos e cerca de 16% da população idosa. Em meio hospitalar a sua prevalência é de 25-30%, sendo que pode chegar aos 75% nas pessoas residentes em lares (McCullough & McCullough, 2014). Cerca de 20-78% das pessoas com AVC apresentam disfagia, sendo que 50% pode melhorar em duas semanas, e as restantes mantêm disfagia até ao momento da alta (Wirth & Dziewas, 2017). Esta também pode estar presente em 60–75% das pessoas submetidas a radioterapia por cancro de cabeça e pescoço (WGO, 2014). A disfagia orofaríngea tem prevalência em metade da população com alterações neurológicas e geriátricas (Wirth & Dziewas, 2017).

É relevante determinar se a disfagia é orofaríngea ou esofágica. Para tal, deve-se realizar uma anamnese cuidadosa que permite a classificação adequada do tipo de disfagia, em cerca de 80-85% dos casos. Na história clínica deve estar incluída a localização, os tipos de alimentos, e se a deglutição é feita de forma progressiva ou lenta (WGO, 2014).

O método de diagnóstico mais usado é a avaliação indireta e direta da deglutição, que avaliam a fase oral preparatória e fase oral, sendo que para avaliar todas as fases da deglutição poderá recorrer-se a outros métodos. São exemplos desses a: manometria, avaliação endoscópica flexível da deglutição e videofluoroscopia de deglutição (sendo este o de eleição como exame complementar ao diagnóstico de disfagia) (Braga, 2016; Jones, Knigge e McCulloch, 2014; Ferreira, Pierdevara, Ventura, Gracias, Marques & Reis, 2018).

Os exames complementares de diagnóstico da disfagia apresentam também as suas limitações e desvantagens. Sendo primordial a deteção precoce da disfagia, cabe ao enfermeiro, profissional presente 24 horas por dia junto da pessoa, identificar precocemente os sinais de alerta de disfagia. Esta deteção pode trazer benefícios no programa de reabilitação da pessoa, tais como diminuir as taxas de morbilidade e mortalidade, o não prolongamento dos internamentos e diminuição dos custos (Braga, 2016; Ferreira et al, 2018).

Ao EEER compete realizar a avaliação indireta e direta da deglutição. A avaliação indireta engloba os pares cranianos relacionados de forma direta com a deglutição, já anteriormente mencionados, e abrangendo os seguintes aspetos: informação clínica; estado

mental/funções cognitivas; linguagem (capacidade de compreensão e de cumprir indicações); postura (controlo da cabeça na posição de sentado); aparência da mucosa oral (coloração e hidratação); presença e condição das peças dentárias; existência, estado e fixação de prótese dentária estado nutricional; tempo que leva a iniciar a deglutição após solicitação; fase do ciclo respiratório em que acontece a deglutição; capacidade de realizar apneia involuntária; padrão respiratório (incluindo saturação periférica de oxigénio); presença e eficácia do reflexo de tosse; observar se existe movimento faríngeo na deglutição da saliva; e se é capaz de deglutir saliva/secreções (Braga, 2016, p.185).

A avaliação direta realiza-se com recurso a instrumentos testados para a avaliação da deglutição, em que a sua validação para a população portuguesa já existe para alguns deles. Alguns dos estudos resultantes da revisão de *scoping* realizada, mencionam e usam instrumentos, tais como: MASA – escala modificada de Mann para avaliação da capacidade de deglutir; FOIS – escala funcional de ingestão oral; sistema de classificação de disfagia de Fujishima; e TOR-BSST – teste de triagem de deglutição de cabeceira de Toronto (Avelino, Montibeller, Luchesia, Mituuti, RibeiroFagundes e Furkim, 2017; Diana & Rani, 2014; Miles, McFarlane, Kainth & Parmar, 2014; Yoon, Hirao & Minoda, 2016). Não havendo evidência acerca do instrumento mais adequado para ser aplicado (Braga, 2016).

Nos locais de estágios onde vou desenvolver competências de EEER, são usados os instrumentos MECV-V e escala de GUSS.

O MECV-V é uma avaliação que deve ser realizada com a pessoa na posição de sentada e com monitorização de saturação periférica de oxigénio contínua. São administrados bólus de 5, 10 e 20 ml, com início na consistência de néctar, de seguida o líquido e, por fim, o pudim. A cada administração devem ser avaliados os sinais auditivos de segurança (tosse, alteração da saturação em 5% e qualidade da voz – molhada, soprada) e/ou eficácia (incompleto encerramento labial com escape anterior de alimento, resíduos na cavidade oral ou faríngeos). No início do MECV-V devem ser colhidos dados da história clínica da pessoa, com avaliação do estado cognitivo e questionar sobre sinais de alteração da deglutição detetados pela pessoa e qual o impacto destes no estado nutricional. É importante a realização dos registos ao longo da avaliação, para no final termos a percepção da consistência mais adequado para a pessoa (Mestre & Rockland, s.d.).

A escala de GUSS é um instrumento de fácil e rápida utilização, validado para a língua portuguesa e ideal para ser usado nas pessoas em fase aguda da disfagia, como são exemplo

os serviços hospitalares de medicina. Este instrumento permite a avaliação do grau de severidade da disfagia, assim como a identificação da capacidade de ingestão oral, que possibilita a alteração e ajuste da dieta e a monitorização da evolução da pessoa ao longo do tempo. A avaliação através deste instrumento é composta por duas fases: fase 1 – avaliação indireta da deglutição, fase 2 – avaliação direta da deglutição. A avaliação indireta inclui: vigília, tosse voluntária e deglutição da saliva. Estes subitens são pontuados como *fisiológico* (1 ponto) ou *patológico* (0 pontos). A pontuação vai de 1 (pior desempenho) a 5 (melhor desempenho), sendo que apenas se passará para a fase de avaliação direta com pontuação máxima, ou seja, 5 pontos. A avaliação direta é constituída por: deglutição, tosse involuntária, sialorreia e alteração da voz. São atribuídos os pontos como *fisiológico* (1 ponto), ou *patológico* (0 pontos), à exceção do subitem da deglutição, em que os pontos são atribuídos como *não deglutir* (0 pontos), *atraso da deglutição* (1 ponto) e *deglutição sem alterações* (2 pontos). Na avaliação direta deve-se iniciar com a textura pastosa, progredindo com a líquida e, no final, a sólida. No final, as pontuações originam a classificação da disfagia como severa (0-9 pontos), moderada (10-14 pontos), leve (15-19 pontos) e deglutição normal sem risco de aspiração (20 pontos) (Ferreira et al, 2018; Silva, 2015)

Consoante a pontuação obtida teremos a severidade do risco da disfagia, que permitirá ao EEER a implementação de intervenções: não hidratar e alimentar por via oral; adequar a dieta a ser administrada por via oral; providenciar suplemento nutricional; sinalizar para uma avaliação mais diferenciada e instrumental (Ferreira et al, 2018).

Quando o diagnóstico não é realizado atempadamente, pode resultar em complicações sérias, como são exemplo as aspirações silenciosas e as suas consequências (pneumonia de aspiração, desnutrição, desidratação, insuficiência respiratória e morte), isolamento social e depressão (Braga, 2016, Ferreira, et al., 2018; Silva, 2015). Este tipo de aspiração pode estar presente em 25-30% das pessoas com disfagia. Existem sinais de “alerta” para a disfagia/aspiração que podem acontecer até um minuto, para os quais todos os profissionais deveriam estar despertos, sendo alguns deles: tosse, regurgitação nasal, dispneia, lacrimejar, rubor facial, alteração da expressão facial durante a alimentação, odinofagia, pigarrear após deglutição, sensação de nó/cócegas ou queimadura na garganta, alteração da voz, diminuição do apetite e perda de peso sem explicação, aumento de secreções, movimentos excessivos da língua na deglutição, perda de saliva e resíduos alimentares na cavidade oral (Braga, 2016, p.184).

2.2 – A Intervenção do EEER

Uma das competências do EEER consiste na avaliação global da pessoa, na qual está inserida a avaliação da deglutição. Este deve reconhecer a fase em que a deglutição está alterada e constitui um risco para a pessoa, de forma a conseguir prevenir as consequências mencionadas anteriormente. A adequada avaliação/diagnóstico permite um melhor planeamento e intervenção com a seleção de estratégias terapêuticas e compensatórias.

Após a avaliação, e ser seguro alimentar a pessoa por via oral, o EEER deve realizar um plano de cuidados, de forma individualizada e tendo em conta os objetivos da pessoa. O EEER deve ter presentes os objetivos da reeducação da deglutição, que são: melhoria do tónus muscular, precisão e a funcionalidade das partes moles envolvidas no processo da deglutição, e estimulação das vias aferentes para um reflexo eficaz da deglutição. Sendo que o plano de intervenção deve ser realizado de forma a permitir: aumentar a resistência muscular, melhorar o controlo do bolo alimentar dentro da cavidade oral, aumentar a adução dos tecidos no topo da via aérea, e aumentar a mobilidade laríngea (Menoita, Sousa, Alvo & Vieira, 2012). As intervenções vão desde uma modificação da consistência da dieta (que será estabelecida quando realizada a avaliação direta através dos instrumentos), estratégias e técnicas de estimulação e procedimentos intervencionistas (Diana & Rani, 2014; Miles, McFarlane, Kainth & Parmar, 2014).

A modificação da consistência da dieta, para além de contornar os riscos da disfagia, também apresenta os seus próprios riscos. Quando é adicionado espessante na água/líquidos, estes podem satisfazer a pessoa mais rapidamente havendo o risco de desidratação e desnutrição. Para os alimentos estarem na consistência correta para a pessoa, por vezes podem não ser os mais estimulantes a nível sensorial, de paladar, e não apresentarem uma quantidade adequada de calorias e proteínas. Para tal, é aconselhado a colaboração da nutricionista para prescrever/aconselhar uma dieta equilibrada, com refeições suplementares e/ou com recurso a suplementos se necessário (Miles, McFarlane, Kainth & Parmar, 2014).

Para além da alteração da consistência, existem outras mudanças que podem melhorar o estímulo sensitivo. Como refere Braga (2016): a mudança no sabor – com o sabor mais amargo há uma melhoria na deglutição e com o sabor mais ácido existe uma estimulação na produção de saliva e aumento dos reflexos envolvidos; alteração do volume – quanto maior o volume mais rápido será a deglutição, pelo aumento da percepção do bolo alimentar na

cavidade oral; a temperatura – consiste na estimulação do pilar amigdalino anterior com um objeto frio, melhorando o desencadeamento do reflexo de deglutição, este processo requer repetição; e as bebidas gaseificadas – levam também a um aumento do reflexo de deglutição pelo estímulo que exercem na cavidade oral, sendo também importante a diminuição dos resíduos pós-deglutição e, conseqüente diminuição do risco de aspiração.

As mudanças no conteúdo alimentar podem ser relevantes, mas as mudanças que se podem realizar na deglutição também têm a sua relevância. São manobras voluntárias, realizadas pela pessoa com ou sem alimentos, que provocam mudanças específicas nas estruturas que o ato de deglutir envolve, sendo elas: respiração supraglótica e super-supraglótica, deglutição forçada, deglutições múltiplas, preensão labial, sucção antes da deglutição, preensão do topo da cabeça e manobras de Mendelson e de Masako. Apenas podem ser realizadas quando a pessoa apresenta função cognitiva e capacidade funcional, para as poder compreender e seguir as recomendações (Braga, 2016; Menoita, Sousa, Alvo & Vieira, 2014).

A postura corporal é uma das alterações e correções que o EEER poderá realizar e treinar com a pessoa. Estas mudanças irão permitir que a gravidade tenha influência na deslocação do bolo alimentar. Podem-se englobar as seguintes técnicas: flexão e extensão cervical, rotação cervical para o lado mais lesado, flexão lateral para o lado menos afetado e deitado (Braga, 2016; Menoita, Sousa, Alvo & Vieira, 2014).

A alteração da deglutição pode ainda ser corrigida por exercícios de amplitude de movimento e fortalecimento muscular, que podem levar mais tempo a obter resultados e levam a fadiga com maior facilidade. Devem ser realizados cerca de 10 vezes por dia, com uma duração de 5 minutos. Consiste na extensão máxima de uma estrutura, em todas as direções, mantendo-a firme um segundo a três segundos e repetindo entre cinco a dez vezes. Estes exercícios podem ser realizados nos lábios, língua, mandíbula, laringe e bochechas (Braga, 2016).

Para complementar e ajudar na prevenção das aspirações, os exercícios para aumentar a adução dos tecidos no topo da via aérea têm a sua relevância, com o melhoramento da elevação do osso hióide para proteção da árvore brônquica e melhoria da tosse. A pessoa deve estar instruída de técnicas que visem o melhoramento do padrão respiratório, da ventilação e

mecânica da ventilação, assim como o ensino da tosse e da tosse dirigida, que em conjunto permitem a permeabilização e proteção da via aérea (Braga, 2016; Menoita, Sousa, Alvo & Vieira, 2014).

A alimentação à pessoa com disfagia apenas pode ser segura com a aplicação de determinadas intervenções, sendo que com a sua ausência os riscos, já referidos anteriormente, podem estar presentes (Braga, 2016).

Os cuidados de higiene à cavidade oral após as refeições são de extrema importância para prevenção de aspiração dos resíduos que podem lá permanecer, que são uma fonte de bactérias, e ao penetrarem na via aérea podem desenvolver pneumonias. Para além da prevenção de pneumonias, a higiene oral também pode aumentar o paladar e estimular a produção de saliva (Braga, 2016; Miles, McFarlane, Kainth & Parmar, 2014).

Em situações de disfagia severa e/ou estados de consciência comprometidos, que não é seguro a pessoa se alimentar, hidratar e tomar a sua medicação por via oral, a equipa multidisciplinar pode recomendar a colocação de SNG ou PEG. As necessidades nutricionais da pessoa serão calculadas, tendo em conta os seus antecedentes pessoais e dados antropométricos. Em pessoas com demência avançada, não significa que estas medidas sejam preventivas de aspiração e que prolonguem a vida. Por vezes, a manutenção da SGN ou PEG durante a realização dos exercícios pode ser necessária para manter uma hidratação e nutrição adequadas, visto a fadiga da pessoa, numa fase inicial, poder ser acentuada e a higestão por via oral não ser suficiente para as suas necessidades (Miles, McFarlane, Kainth & Parmar, 2014; Silva, 2015). De acordo com Wirth & Dziewas (2017) e com Yoon, Hirao & Minoda (2016), a PEG é melhor opção que a SNG no treino das pessoas com disfagia por não alterar a fisiologia da deglutição e tornando o treino mais eficaz.

De acordo com Diana & Rani (2014), os enfermeiros de reabilitação são os profissionais de eleição para consciencializar as pessoas acerca dos exercícios de deglutição, com obtenção de bons resultados, devido às suas competências e presença junto da pessoa.

2.3 – Quadro de Referência Teórico de Enfermagem

A enfermagem tem evoluído ao longo dos tempos, surgindo no século XX a necessidade de criar teorias para fundamentar a prática, consoante as necessidades humanas. Dorothea Orem, construiu a sua teoria com base no conceito do autocuidado, que define como uma “função humana reguladora”, constituído por ações que garantem que as necessidades da pessoa sejam colmatadas com as suas capacidades, permitindo o crescimento e

desenvolvimento da pessoa, e a promoção da saúde encontrando um equilíbrio interno e externo. Estas ações também podem ser realizadas como preventivas de condições que poderão intervir na saúde, e podem ser assumidas por enfermeiros ou outros cuidadores (Orem, 2001; Petronilho e Machado, 2016).

O autocuidado, como conceito central da teoria e do domínio da enfermagem, pode ser inato e/ou adquirido e deve dar respostas às necessidades da pessoa, quer na manutenção e promoção da saúde, quer na prevenção da doença. A pessoa pode adquirir três tipos de comportamentos perante o autocuidado: agente de autocuidado - quando tem capacidade de se auto cuidar por apresentar habilidades, conhecimentos e experiências adquiridas ao longo da vida; agente dependente de cuidados - quando as pessoas se encontram incapacitadas de suprir as suas necessidades carecendo da intervenção de terceiros, que aceitam a responsabilidade pela prestação destes cuidados (por exemplo: familiares), tal como as pessoas com disfagia; e o agente terapêutico de autocuidado - cuidados que resultam da ação de um cuidador formal por ação profissional de enfermagem, que se assume como o enfermeiro que irá cuidar da pessoa e intervir de forma a promover a saúde e gerir a disfagia (Orem, 2001).

O autocuidado pode ser influenciado por fatores internos e externos, que envolvem os domínios cognitivo, físico, emocional/psicossocial e do comportamento, que são influenciados por requisitos (universais, desenvolvimento e desvios de saúde) podendo afetar a capacidade das pessoas se envolverem no autocuidado, bem como, o tipo e a quantidade de autocuidado necessário (Orem, 2001).

Orem (1995) descreve ação como “a menor unidade distinta de fazer algo que faz sentido (é significativo) dentro de um sistema de ação maior” (p.162). As ações deliberadamente selecionadas e realizadas pelos agentes terapêuticos de autocuidado constituem os sistemas de enfermagem e, quando as condições permitem, podem ser realizadas por agentes dependentes de autocuidado ou agentes de autocuidado.

Quando surge défice de autocuidado em que as pessoas não conseguem satisfazer as suas necessidades com as suas capacidades, é necessário a intervenção do enfermeiro, ou familiar, com ações que minimizem os efeitos do problema. Consoante as necessidades da pessoa, esta pode ser inserida num dos sistemas da teoria de Orem (totalmente compensatório, parcialmente compensatório e de apoio/educação). Assim, o agente terapêutico pode realizar o autocuidado por esta, orientar/guiar, educar/capacitar, disponibilizar apoio físico e

psicológico e manter um ambiente de apoio ao desenvolvimento pessoal (Orem, 2001; Petronilho, 2012).

A pessoa com disfagia apresenta uma limitação do autocuidado derivada ou associada ao desvio de saúde, na qual tem que ter consciência das suas limitações e procurar/aceitar os cuidados do agente terapêutico, tendo em conta as suas necessidades. Assim sendo, irá inserir-se no sistema de enfermagem consoante as suas necessidades, e a sua evolução dependerá da causa do seu problema. Inicialmente, poderá enquadrar-se num sistema totalmente compensatório, pois a sua deglutição ineficaz e a falta de conhecimentos sobre a problemática farão com que as suas capacidades não consigam colmatar as necessidades (por vezes com necessidade de recorrer a SNG ou PEG), sendo que necessita dos cuidados de outros para alcançar a sobrevivência e bem-estar. Pretende-se que a pessoa com disfagia consiga adquirir capacidades para lidar com as suas necessidades e progrida para um sistema parcialmente compensatório, onde as ações do agente terapêutico visam compensar as limitações da pessoa, realizando apenas algumas tarefas por esta. O reforço positivo é algo que deve estar sempre presente nas ações do agente terapêutico, motivando a pessoa a evoluir nas capacidades, com o objetivo de apenas necessitar de apoio, orientação e instrução por parte dos enfermeiros (Orem, 2001; Petronilho, 2012).

Pela complexidade da disfagia, identifico que o EEER possa agir de forma diferenciada, por ser possuidor de competências especializadas de avaliação e intervenção, considerando o ambiente, o agente dependente de cuidados ou o agente de autocuidado. A intervenção deverá ser feita de forma a prevenir complicações e incapacidade, assim como aumentar a resposta ao programa global de reabilitação. O espectável para a pessoa com disfagia será conseguir colmatar as suas necessidades com as capacidades que foi adquirindo com a intervenção do agente terapêutico.

2.4 – Plano e metodologia do projeto

2.4.1 – Objetivos gerais e específicos

O objetivo geral deste projeto prende-se com o desenvolvimento de competências como EEER na reeducação da pessoa com alteração da deglutição. Os objetivos específicos (apresentados nos apêndices IV e V) são comuns aos dois locais de estágio e foram

desenvolvidos tendo em consideração as competências do Código Deontológico da OE, que rege a profissão de enfermagem no nosso país, do RCCEE (OE, 2010) e do RCEEER (OE, 2010). Foi criado um objetivo suplementar de forma a que todas as competências sejam desenvolvidas, de acordo com RCEEER (OE, 2010), com o qual se pretende o desenvolvimento de competências como EEER na função motora, cardio-respiratória, sensorial, cognitiva, da eliminação e sexualidade.

É também de salientar, que espero desenvolver competências para atribuição do grau de mestre, de acordo com os Descritores de Dublin (Decreto-Lei n.º74/2006): deter conhecimentos e capacidade de compreensão de forma a suster conhecimentos adquiridos no primeiro ciclo, desenvolvendo-os e aprofundando-os, podendo ser base de desenvolvimento em contexto de investigação; saber aplicar os conhecimentos e a capacidade de compreensão e resolução em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, mesmo que sejam na minha área; ter capacidade para adquirir conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação incompleta ou limitada, com inclusão de reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que advém ou condicionem dessas soluções e juízos; apresentar capacidade de comunicar as conclusões, com os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas ou generalistas, de forma clara; desenvolver competências que permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado e autónomo.

2.4.2 – Planeamento de atividades de acordo com os objetivos e recursos

Para dar respostas aos objetivos foram criadas atividades de forma a conseguir alcançá-los. Estas foram criadas consoante os diferentes locais de estágio, pois correspondem a diferentes contextos. Remete-se para apêndice IV a tabela de objetivos específicos e atividades para o campo de estágio 1 e o respetivo cronograma para realizar as atividades e para apêndice V a tabela de objetivos específicos e atividades para o campo de estágio 2, também com o respetivo cronograma.

3 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção deste projeto ajudou na aquisição de conhecimentos acerca da temática, e da importância da intervenção do EEER na mesma. A disfagia é um tema mais abordado atualmente, devido às consequências que este pode ter na vida das pessoas com alteração da deglutição. É neste sentido que o EEER deverá ter uma intervenção fundamental, na avaliação e diagnóstico da problemática assim como na intervenção individualizada e ensinamentos para a pessoa/família.

Com a intervenção precoce pretende-se diminuir as consequências (aspirações silenciosas, pneumonias, mortalidade) e o tempo de internamento hospitalar, assim como melhorar a autoestima das pessoas com disfagia e possibilitar os convívios na hora das refeições, que tanta importância tem na nossa vida social.

Pretendo dar continuidade a este projeto no terceiro semestre, com a aplicação das atividades nos locais de estágio. Não se pode considerar algo estanque visto o desenvolvimento das competências de EEER serem posteriores e originarem mudanças neste documento.

A sua construção também veio reforçar a importância de fundamentarmos todas as nossas ações, pois desta a teoria de enfermagem até estudos mais atualizados das intervenções do EEER, são relevantes para a nossa prática e para não agirmos por intuição.

Pretendo alcançar todos os objetivos propostos, desenvolver as competências de EEER e retirar aprendizagens de todas as oportunidades, para num futuro próximo, como enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação, conseguir cuidar do próximo da melhor forma, com o melhor saber, respeitando sempre a ética, os direitos, os valores e as preferências do outro.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Al-Hussaini, A., Latif, E. & Singh, V. (2013). 12-minute consultation: an evidence-based approach to the management of dysphagia. *Clinical Otolaryngology*, 38, 237–243.
- Avelino M. R., Montibeller, C. M., Luchesia, K. F., Mituuti, C. T., Ribeiro, P. W., Fagundes, D. A. & Furkim, A. M. (2017). Oral dietary intake level in thrombolysed and non-thrombolysed patients after ischemic stroke. *NeuroRehabilitation*, 40, 49-55.
- Braga, R. (2016) – Avaliação da Função Deglutição. In: Marques-Vieira, C. & Sousa, L. (Eds.). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida*, p.181-188. Loures: Lusodidacta.
- Diana, D. M. & Rani, S. J. (2014). A study to assess the Effectiveness of Swallowing exercises on Swallowing Ability among Patients with Cerebrovascular Accident in selected Hospitals. *Asian Journal of Nursing Education and Research*, 4 (4), 429-435.
- Ferreira, A., Pierdevara, L., Ventura, I., Gracias, A., Marques, J. & Reis, M. (2018). Gugging Swallowing Screen: contributo para a validação cultural e linguística para o contexto português. *Revista de Enfermagem Referência, Série IV* (16), 85 – 94.
- Jones, C., Knigge, M., & McCulloch, T. (2014). Speech Pathologist Practice Patterns for Evaluation and Management of Suspected Cricopharyngeal Dysfunction. *Dysphagia*, 29, 332-339.
- Lei n.º74/2006 de 24 de Março (2006). Regulamentação das alterações introduzidas pela Lei de Bases do Sistema Educativo relativas ao novo modelo de organização do ensino superior no que respeita aos ciclos de estudos. *Diário da República I Série A*, N.º 60 (02-03-2006) 2242-2257. Acedido a 18/07/2018. Disponível em: <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/671387/details/maximized>
- McCullough, G. & McCullough, K. (2014). Clinical Evaluation of Swallowing Function for Institutionalized Elderly: Balancing the Scales for Safety and Quality of Life. *Journal of Legal Nurse Consulting*, 25 (2), 12-17.
- Menoita, E., Sousa, L., Alvo, I. & Vieira, C. (2014). *Reabilitar a Pessoa com AVC – Contributos para um Envelhecer Resiliente*. Lusociência. Loures.
- Mestre, S. & Rockland, A. (s.d.). Método de Exploração Clínica Volume-Viscosidade (MECV-V) – para a Detecção da Disfagia Orofaríngea. Espanha: Nestlé Health Science. Acedido a 14/07/2018. Disponível em: https://www.institutoepap.com/wp-content/uploads/2016/05/MECV-V_PT-PT.pdf

- Miles, A., McFarlane, M., Kainth, P. & Parmar, P. (2014). Interdisciplinary management of dysphagia. *Clinical review*, 16 (10), 561-567.
- Ordem dos Enfermeiros (2010) – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Acedido a 5/5/2018. Disponível em:
<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Paginas/RegulamentoCompetenciasComunsEspecificas>
- Ordem dos Enfermeiros (2010) – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Acedido a 5/5/2018. Disponível em:
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao_aprovadoAG20Nov2010.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2015) – Código Deontológico – Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro. Acedido a 5/5/2018. Disponível em:
<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>
- Orem, D. (1995). *Nursing: Concepts of Practice* (5ª Edição). St. Louis: Mosby-Year Book, Inc.
- Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of Practice* (6ª Edição). St. Louis: Mosby-Year Book, Inc.
- Petronilho, F. (2012). *Autocuidado: conceito central da enfermagem*. Coimbra: Formasau.
- Petronilho, F. & Machado, M. (2016) – *Teorias de Enfermagem e Autocuidado: Contributos para a Construção do Cuidado de Reabilitação*. In: Marques-Vieira, C. & Sousa, L. (Eds.). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida*, p.3-14. Loures: Lusodidacta.
- Rede Nacional de Utentes (2018). UCC Santo António de Arenilha. Algarve: Administração Regional de Saúde. Acedido a 28/05/2018. Disponível em: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/5/50002/5080220/Pages/default.aspx>
- Silva, T. (2015). *Disfagia no doente com AVC: Prevalência e Determinantes*. Dissertação de Mestrado não publicada. Instituto Politécnico de Viseu, Viseu.
- Wirth, R. & Dziewas, R. (2017). Neurogene Dysphagie. *Internist*, 58, 132–140.
- WGO Practice Guidelines (2014). *Disfagia – Diretrizes e cascatas mundiais*. WGO. Acedido a 18/1/2018. Disponível em:
<http://www.worldgastroenterology.org/UserFiles/file/guidelines/dysphagia-portuguese-2014.pdf>

Yoon E. W. T., Hirao, J. & Minoda, N. (2016). Outcome of Rehabilitation and Swallowing Therapy after Percutaneous Endoscopic Gastrostomy in Dysphagia Patients. *Dysphagia*, 31, 730-736.

APÊNDICES

APÊNDICE I
ESTRATÉGIA DE PESQUISA NA BASE DE DADOS CINAHL

Estratégia de pesquisa da base de dados CINAHL

	Busca	Limitadores/Expansores	Última execução via	Resultados
S8	S1 AND S4	Limitadores - Texto completo; Data de publicação: 20130101-20181231 Restringir por SubjectAge: - all adult Modos de busca - Booleano/Frase	Interface - Bancos de dados de pesquisa EBSCOhost Tela de busca - Busca avançada Base de dados - CINAHL Plus with Full Text	35
S7	S1 AND S4	Limitadores - Texto completo; Data de publicação: 20130101-20181231 Modos de busca - Booleano/Frase	Idem	82
S6	S1 AND S4	Limitadores - Texto completo Modos de busca - Booleano/Frase	Idem	196
S5	S1 AND S4	Modos de busca - Booleano/Frase	Idem	718
S4	S2 OR S3	Modos de busca - Booleano/Frase	Idem	2.796
S3	(MH "Rehabilitation Nursing")	Modos de busca - Booleano/Frase	Idem	1.527
S2	(MH "Swallowing Therapy")	Modos de busca - Booleano/Frase	Idem	1.272
S1	(MH "Deglutition Disorders")	Modos de busca - Booleano/Frase	Idem	6.521

APÊNDICE II
ESTRATÉGIA DE PESQUISA NA BASE DE DADOS MEDLINE

Estratégia de pesquisa da base de dados MEDLINE

	Busca	Limitadores/Expansores	Última execução via	Resultados
S7	S1 AND S4	Limitadores - Texto completo; Data de publicação: 20130101-20171231 Modos de busca - Booleano/Frase	Interface - Bancos de dados de pesquisa EBSCOhost Tela de busca - Busca básica Base de dados - MEDLINE with Full Text	8
S6	S1 AND S4	Limitadores - Texto completo Modos de busca - Booleano/Frase	Idem	21
S5	S1 AND S4	Modos de busca - Booleano/Frase	Idem	97
S4	S2 OR S3	Modos de busca - Booleano/Frase	Idem	1.504
S3	(MH "Rehabilitation Nursing")	Modos de busca - Booleano/Frase	Idem	1.357
S2	"swallowing therapy"	Modos de busca - Booleano/Frase	Idem	147
S1	(MH "Deglutition Disorders")	Modos de busca - Booleano/Frase	Idem	18.186

APÊNDICE III
EXEMPLO DE TABELA/FICHA DE LEITURA DE EXTRAÇÃO E
APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

	Artigo 1	Artigo 2	Artigo 3	(...)
Autor(es) e ano de publicação				
Título do artigo				
Origem/ país de origem				
Questão/ objetivos				
População em estudo e dimensão da amostra (se aplicável)				
Metodologia/métodos aplicados				
Tipo de intervenção e detalhes da tese (se aplicável)				
Duração da intervenção (se aplicável)				
Resultados/ outcomes (se aplicável)				
Principais conclusões/ achados/ resultados relevantes para a questão de revisão <i>scoping</i>				

APÊNDICE IV

TABELA DE OBJETIVOS ESPECÍFICOS E ATIVIDADES, COM RESPETIVO CRONOGRAMA, PARA O CAMPO DE ESTÁGIO 1

Local de estágio 1 – 24 de setembro de 2018 a 23 de novembro de 2018

Domínios e Competências	Objetivos	Atividades	Recursos	Indicadores de Avaliação
<p>A1. Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção;</p>	<p>1- Integrar na equipa multidisciplinar;</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentando o projeto de estágio; - Reunindo e colaborando com o enfermeiro orientador na prestação de cuidados; - Participando de forma ativa nas passagens de turno/reuniões de equipa multidisciplinar; - Consultando as normas e protocolos do serviço; - Conhecendo estudos realizados anteriormente, pelo serviço; - Conhecendo os serviços de apoio existente na comunidade; - Analisando a articulação de cuidados com outros serviços e comunidade; 	<p><u>Humanos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Enfermeiro Orientador; - Professora Orientadora e Professor Co-Orientador da escola; - Equipa multidisciplinar; - Pessoas com necessidades e família; 	<p>- Elabora caracterização do serviço e da sua organização;</p>
<p>C1. Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional;</p>				
<p>C2. Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da</p>				

qualidade dos cuidados;

D1. Desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade;

Materiais:

- Documentos do serviço: Manuais/

Objetivo geral

Protocolos/

Desenvolver competências como EEER na reeducação da pessoa com alteração da deglutição

Normas;

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

2- Reconhecer necessidades da população com alteração da deglutição;

- Conhecendo a população (faixa etária e patologias mais comuns) internada no serviço;

- Avaliando a deglutição, recorrendo à escala de GUSS;

- Percebendo quais as dificuldades da pessoa na hora da refeição e ambiente envolvente;

B2. Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade;

- Registando o número de pessoas com alterações de deglutição (diferenciando as que já apresentam diagnóstico de alteração de deglutição e as que não apresentam);

- Observação direta dos cuidados prestados;

- Consulta dos processos clínicos;

- Consulta de apoio à profissão

(Código Deontológico,

Regulamento de

- Investiga sobre o instrumento de avaliação da deglutição no serviço, escala de GUSS;

- Conhece população e regista em documento quais as necessidades

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

A2. Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais;

B2. Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade;

C2. Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados;

3- Identificar estratégias de resposta à problemática da alteração da deglutição;

- Realizando uma prática de cuidados que respeite os direitos humanos, com respeito pelo outro mesmo que os valores interfiram com os meus;

- Identificando práticas de risco, prevenindo-as de modo a adotar medidas apropriadas com recurso às competências de especialista;

- Promovendo ensinamentos preventivos de complicações de alterações da deglutição;

- Realizando planos de intervenção de EEER na reeducação da deglutição;

- Realizando folhetos informativos/formação para sensibilizar a equipa sobre as alterações de deglutição, prevenção das complicações e

Competências comuns do enfermeiro especialista e

Regulamento das Competências específicas do enfermeiro especialista em reabilitação);

- Pesquisa bibliográfica nas bases de dados e literatura cinzenta;

Físicos:

- Medicina I do

mais comuns;

- Realiza revisão *scoping* acerca das intervenções do EEER na pessoa com alteração da deglutição;

- Realiza folhetos com informação sobre a problemática e formação de sensibilização;

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

reeducação da deglutição;

HGO;

- Realizando folhetos informativos/formação para sensibilizar os cuidadores sobre as alterações de deglutição, prevenção das complicações e os respetivos cuidados;

Temporais:

- Indicado em cronograma.

- Pesquisando, de forma contínua, intervenções inovadoras na prática especializada para a pessoa com alteração da deglutição;

A1. Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção;

4- Prestar cuidados de reabilitação à pessoa com alteração da deglutição, de modo a dar resposta às necessidades apresentadas;

- Garantindo um ambiente seguro e protetor para a pessoa que recebe cuidados de reabilitação num processo de reeducação da deglutição;

- Desenvolve competências de EEER na reeducação da deglutição;

A2. Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais;

- Aplicando as intervenções planeadas para a pessoa com alterações da deglutição, através de cuidados centrados na pessoa;

- Planeia cuidados de forma individualizada, tendo em conta

- Envolvendo e incentivando a família/cuidadores a prestar cuidados de reeducação da deglutição;

B1. Desempenha um

- Incentivando à realização de boas práticas na

papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;

B2. Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade;

B3. Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro;

C1. Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa

prestação de cuidados à pessoa com alteração da deglutição;

- Realizando reforço positivo à pessoa e à família/cuidador;

- Intervindo de forma a adequar os recursos da equipa às necessidades dos cuidados à pessoa e sua família;

- Encaminhando as pessoas com alterações de deglutição para os serviços de apoio quando existe melhoria da sua alteração;

- Participando no projeto de deglutição do serviço, com o intuito da melhoria dos cuidados;

- Desenvolvendo competências como EEER na reeducação da deglutição;

- Analisando a prática de cuidados através de reflexões semanais sobre a prática clínica e aprendizagens durante o estágio, com gestão das

as preferências da pessoa;

- Gere prestação de cuidados, garantindo ambiente seguro e calmo;

- Envolve a família nos cuidados, sempre que possível;

- Realiza registos que permitam visualizar a progressão da pessoa;

multiprofissional;

emoções;

- Realiza reflexões semanais, que permitam visualizar o desenvolvimento das competências na reeducação da deglutição;

C2. Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados;

D1. Desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade;

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

Objetivo Complementar

Desenvolver competências como EEER na função motora, cardio-respiratória, sensorial, cognitiva, da eliminação e da sexualidade

B1. Desempenha um

5- Reconhecer

- Avaliando as capacidades físicas/motoras,

- Investiga sobre

<p>papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;</p> <p>B2. Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade;</p> <p>D2. Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento;</p>	<p>necessidades da população na função motora, cardio-respiratória, sensorial, cognitiva, da eliminação e da sexualidade;</p>	<p>cognitivas, eliminatórias e sexualidade das pessoas cuidadas pelo serviço, com recurso a instrumentos de avaliação usados no serviço;</p> <p>- Participando nos projetos do serviço, com o intuito da melhoria dos cuidados;</p> <p>- Desenvolvendo competências como EEER na função motora, cardio-respiratória, sensorial, cognitiva, da eliminação e da sexualidade;</p>	<p>os instrumentos de avaliação usados para avaliação da função motora, cardio-respiratória, sensorial, cognitiva, da eliminação e da sexualidade;</p> <p>- Conhece população e regista em documento quais as necessidades mais comuns;</p>
<p>A2. Promove práticas de cuidados que respeitam</p>	<p>6- Identificar estratégias de</p>	<p>- Realizando prática de cuidados que respeite os direitos humanos, com respeito pelo outro mesmo</p>	<p>- Realiza pesquisas acerca</p>

<p>os direitos humanos e as responsabilidades profissionais;</p> <p>B2. Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade;</p> <p>C2. Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados;</p> <p>D2. Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento;</p>	<p>resposta às problemáticas da função motora, cardio-respiratória, sensorial, cognitiva, da eliminação e da sexualidade;</p>	<p>que os valores interfiram com os meus;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificando práticas de risco e prevenindo-as de modo a adotar medidas apropriadas com recurso às competências de especialista; - Realizando planos de intervenção de EEER na reeducação da função motora, cardio-respiratória, sensorial, cognitiva, da eliminação e da sexualidade; - Intervindo de forma a adequar os recursos da equipa às necessidades dos cuidados à pessoa com alterações da função motora, cardio-respiratória, sensorial, cognitiva, da eliminação e da sexualidade; - Pesquisando, de forma contínua, intervenções inovadoras na prática especializada para a pessoa com alterações da função motora, cardio-respiratória, sensorial, cognitiva, da eliminação e da sexualidade; 	<p>das intervenções do EEER na pessoa com alterações da função motora, cardio-respiratória, sensorial, cognitiva, da eliminação e da sexualidade;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Participa em formações de sensibilização sobre a problemática;
<p>A1. Desenvolve uma prática profissional e</p>	<p>7- Prestar cuidados de reabilitação à</p>	<p>- Garantir um ambiente seguro e protetor para a pessoa que recebe cuidados especializados no</p>	<p>- Desenvolve competências de</p>

<p>ética no seu campo de intervenção;</p>	<p>pessoa com alterações da função motora, cardio-respiratória, sensorial, cognitiva, da eliminação e da sexualidade.</p>	<p>processo de recuperação/reeducação;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aplicando as intervenções planeadas para a pessoa com alterações da função motora, cardio-respiratória, sensorial, cognitiva, da eliminação e da sexualidade, através de cuidados centrados na pessoa; - Envolvendo e incentivando a família/cuidadores a prestar cuidados de reeducação e reabilitação das funções alteradas; - Realizando reforço positivo à pessoa e à família/cuidador; - Intervindo de forma a adequar os recursos da equipa às necessidades dos cuidados à pessoa com alterações da função motora, cardio-respiratória, sensorial, cognitiva, eliminatória e da sexualidade; - Encaminhando as pessoas com alterações dessas funções para os serviços de apoio quando existe 	<p>EEER na reeducação da função motora, cardio-respiratória, sensorial, cognitiva, da eliminação e da sexualidade;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Planeia cuidados de forma individualizada, tendo em conta as preferências da pessoa; - Gere prestação de cuidados, garantindo
<p>A2. Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais;</p>			
<p>B3. Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro;</p>			
<p>C1. Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional;</p>			
<p>C2. Adapta a liderança e</p>			

a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados;

D1. Desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade.

melhoria;

- Analisando a prática de cuidados através de reflexões semanais sobre a prática clínica e aprendizagens durante o estágio, com gestão das emoções.

ambiente seguro e calmo;

- Envolve a família nos cuidados, sempre que possível;

- Realiza registos que permitam visualizar a progressão da pessoa;

- Realiza reflexões semanais, que permitam visualizar o desenvolvimento

APÊNDICE V

**TABELA DE OBJETIVOS ESPECÍFICOS E ATIVIDADES, COM RESPETIVO
CRONOGRAMA, PARA O CAMPO DE ESTÁGIO 2**

Local de estágio 2 – 26 de novembro de 2018 a 9 de fevereiro de 2019

Domínios e Competências	Objetivos	Atividades	Recursos	Indicadores de Avaliação
<p>A1. Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção;</p> <p>C1. Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional;</p> <p>C2. Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da</p>	<p>1- Integrar na equipa multidisciplinar;</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentando o projeto de estágio; - Reunindo e colaborando com o enfermeiro orientador na prestação de cuidados; - Participando de forma ativa nas passagens de turno/reuniões de equipa multidisciplinar; - Consultando as normas e protocolos do serviço; - Conhecendo estudos realizados anteriormente, pelo serviço; - Conhecendo os serviços de apoio existente na comunidade; - Analisando a articulação de cuidados com outros serviços e comunidade; 	<p><u>Humanos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Enfermeiro Orientador; - Professora Orientadora e Professor Co-Orientador da escola; - Equipa multidisciplinar; - Pessoas com necessidades e família; 	<p>- Elabora caracterização do serviço e da sua organização;</p>

qualidade dos cuidados;

D1. Desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade;

Materiais:

- Documentos do serviço: Manuais/

Protocolos/

Objetivo geral

Normas;

Desenvolver competências como EEER na reeducação da pessoa com alteração da deglutição

- Observação

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

2- Reconhecer necessidades da população com alteração da deglutição;

- Conhecendo a população abrangida pela UCC;
- Avaliando a deglutição, através do MECV-V;
- Percebendo quais as dificuldades da pessoa na hora da refeição;
- Avaliando o contexto onde a pessoa está inserida;
- Registrando o número de pessoas com alterações de deglutição (diferenciando as que já apresentam diagnóstico de alteração de deglutição e as que não

direta dos cuidados prestados;

- Consulta dos processos clínicos;

- Consulta de apoio à profissão

(Código Deontológico, Regulamento de

- Investiga sobre o instrumento de avaliação da deglutição no serviço, MECV-V;

- Conhece população e regista em documento quais

B2. Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da

<p>qualidade;</p> <p>D2. Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento;</p>		<p>apresentam);</p>	<p>Competências comuns do enfermeiro especialista e Regulamento das Competências</p>	<p>as necessidades mais comuns;</p>
<p>A2. Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais;</p>	<p>3- Identificar estratégias de resposta à problemática da alteração da deglutição;</p>	<p>- Realizando prática de cuidados que respeite os direitos humanos, com respeito pelo outro mesmo que os valores interfiram com os meus;</p> <p>- Identificando práticas de risco, prevenindo-as de modo a adotar medidas apropriadas com recurso às competências de especialista;</p>	<p>específicas do enfermeiro especialista em reabilitação);</p>	<p>- Realiza revisão <i>scoping</i> acerca das intervenções do EEER na pessoa com alteração da deglutição;</p>
<p>B2. Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade;</p>		<p>- Promovendo ensinamentos preventivos de complicações de alterações da deglutição;</p>	<p>- Pesquisa bibliográfica nas bases de dados e literatura cinzenta;</p>	<p>- Realiza folhetos com informação sobre a</p>
<p>C2. Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da</p>		<p>- Realizando planos de intervenção de EEER na reeducação da deglutição a pessoas com alterações;</p> <p>- Realizando folhetos informativos/formação para sensibilizar a equipa sobre as alterações de</p>	<p><u>Físicos:</u></p> <p>- UCC de Santo António de</p>	<p>problemativa e formação de</p>

qualidade dos cuidados;

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

deglutição, prevenção das complicações e reeducação da deglutição;

- Realizando folhetos informativos/formação para sensibilizar os cuidadores sobre as alterações de deglutição, prevenção das complicações e os respetivos cuidados;

- Pesquisando, de forma contínua, intervenções inovadoras na prática especializada para a pessoa com alteração da deglutição;

Arenilha;

sensibilização;

Temporais:

- Indicado em cronograma.

A1. Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção;

A2. Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais;

4- Prestar cuidados de reabilitação à pessoa com alteração da deglutição, de modo a dar resposta às necessidades apresentadas;

- Garantir um ambiente seguro e protetor para a pessoa que recebe cuidados de reabilitação num processo de recuperação/reeducação da deglutição;

- Aplicando as intervenções planeadas para a pessoa com alterações da deglutição, através de cuidados centrados na pessoa;

- Envolvendo e incentivando a família/cuidadores a prestar cuidados de reeducação da deglutição;

- Desenvolve competências de EEER na reeducação da deglutição;

- Planeia cuidados de forma individualizada,

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

B2. Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade;

B3. Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro;

C1. Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a

- Incentivando à realização de boas práticas na prestação de cuidados à pessoa com alteração da deglutição;

- Realizando reforço positivo à pessoa e à família/cuidador;

- Intervindo de forma a adequar os recursos da equipa às necessidades dos cuidados à pessoa com alteração da deglutição e sua família;

- Encaminhando as pessoas com alterações de deglutição para os serviços de apoio quando existe melhoria da sua alteração;

- Participando no projeto de deglutição do serviço, com o intuito da melhoria dos cuidados;

- Desenvolvendo competências como EEER na reeducação da pessoa com alteração da deglutição;

- Analisando a prática de cuidados através de reflexões semanais sobre a prática clínica e

tendo em conta as preferências da pessoa;

- Gere prestação de cuidados, garantindo ambiente seguro e calmo;

- Envolve a família nos cuidados, sempre que possível;

- Realiza registos que permitam visualizar a progressão da

articulação na equipa multiprofissional;

C2. Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados;

D1. Desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade;

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

aprendizagens durante o estágio, com gestão das emoções;

pessoa;

- Realiza reflexões semanais, que permitam visualizar o desenvolvimento das competências na reeducação da deglutição;

Objetivo Complementar

Desenvolver competências como EEER na função motora, cardio-respiratória, sensorial, cognitiva, da eliminação e da sexualidade

<p>B1. Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;</p>	<p>5- Reconhecer necessidades da população na função motora, cardio-respiratória, sensorial, cognitiva, da</p>	<p>- Avaliando as capacidades físicas/motoras, cognitivas, eliminatórias e da sexualidade das pessoas cuidadas pelo serviço, usando escalas sempre que possível;</p> <p>- Participando nos projetos do serviço, com o intuito da melhoria dos cuidados;</p> <p>- Desenvolvendo competências como EEER na função motora, cardio-respiratória, sensorial, cognitiva, da eliminação e da sexualidade;</p>	<p>- Investiga sobre os instrumentos de avaliação usados para avaliação da função motora, cardio-respiratória, sensorial, cognitiva, da eliminação e da sexualidade;</p>
<p>B2. Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade;</p>	<p>eliminação e da sexualidade;</p>	<p>- Desenvolvendo competências como EEER na função motora, cardio-respiratória, sensorial, cognitiva, da eliminação e da sexualidade;</p>	<p>- Conhece população e regista em documento quais as necessidades mais comuns;</p>
<p>D2. Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento;</p>			
<p>A2. Promove práticas de</p>	<p>6- Identificar</p>	<p>- Realizando prática de cuidados que respeite os</p>	<p>- Realiza</p>

<p>cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais;</p>	<p>estratégias de resposta às problemáticas da função motora, cardio-respiratória, sensorial, cognitiva, da eliminação e da sexualidade;</p>	<p>direitos humanos, com respeito pelo outro mesmo que os valores interfiram com os meus;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificando práticas de risco e prevenindo-as de modo a adotar medidas apropriadas com recurso às competências de especialista; - Realizando planos de intervenção de EEER na reeducação da função motora, cardio-respiratória, sensorial, cognitiva, da eliminação e da sexualidade; - Intervindo de forma a adequar os recursos da equipa às necessidades dos cuidados à pessoa com alterações da função motora, cardio-respiratória, sensorial, cognitiva, da eliminação e da sexualidade; - Pesquisando, de forma contínua, intervenções inovadoras na prática especializada para a pessoa com alterações da função motora, cardio-respiratória, sensorial, cognitiva, da eliminação e da sexualidade; 	<p>pesquisas acerca das intervenções do EEER na pessoa com alterações da função motora, cardio-respiratória, sensorial, cognitiva, da eliminação e da sexualidade;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Participa em formações de sensibilização sobre a problemática;
<p>B2. Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade;</p>			
<p>C2. Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados;</p>			
<p>D2. Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento;</p>			

<p>A1. Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção;</p>	<p>7- Prestar cuidados de reabilitação à pessoa com alterações da função motora, cardio-respiratória, sensorial, cognitiva, da eliminação e da sexualidade.</p>	<p>- Garantir um ambiente seguro e protetor para a pessoa que recebe cuidados especializados no processo de recuperação/reeducação;</p> <p>- Aplicando as intervenções planeadas para a pessoa com alterações da função motora, cardio-respiratória, sensorial, cognitiva, da eliminação e da sexualidade, através de cuidados centrados na pessoa;</p> <p>- Envolvendo e incentivando a família/cuidadores a prestar cuidados de reeducação e reabilitação das funções alteradas;</p> <p>- Realizando reforço positivo à pessoa e à família/cuidador;</p> <p>- Intervindo de forma a adequar os recursos da equipa às necessidades dos cuidados à pessoa com alterações da função motora, cardio-respiratória, sensorial, cognitiva, eliminatória e da sexualidade;</p> <p>- Encaminhando as pessoas com alterações dessas</p>	<p>- Desenvolve competências de EEER na reeducação da função motora, cardio-respiratória, sensorial, cognitiva, da eliminação e da sexualidade;</p> <p>- Planeia cuidados de forma individualizada, tendo em conta as preferências da pessoa;</p> <p>- Gere prestação</p>
<p>A2. Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais;</p>			
<p>B3. Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro;</p>			
<p>C1. Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa</p>			

multiprofissional;

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

funções para os serviços de apoio quando existe melhoria;

- Analisando a prática de cuidados através de reflexões semanais sobre a prática clínica e aprendizagens durante o estágio, com gestão das emoções.

de cuidados, garantindo ambiente seguro e calmo;

- Envolve a família nos cuidados, sempre que possível;

- Realiza registos que permitam visualizar a progressão da pessoa;

- Realiza reflexões semanais, que permitam

APÊNDICE IV
Formação em Serviço – Estágio Hospitalar

ALIMENTAR A PESSOA COM ALTERAÇÃO DA DEGLUTIÇÃO

FORMAÇÃO EM SERVIÇO

Discente:

Liliana Nunes, n.º8302

Local de Estágio 1
20 de Novembro, 2018



Orientadora Clínica:

Enf. Orientadora

Orientador:

Prof. Ricardo Braga

Sumário

1 – DEGLUTIÇÃO

2 – ALTERAÇÕES DA DEGLUTIÇÃO

3 – SINAIS DE ALERTA

4 – CUIDADOS E ESTRATÉGIAS NA HORA DE ALIMENTAR



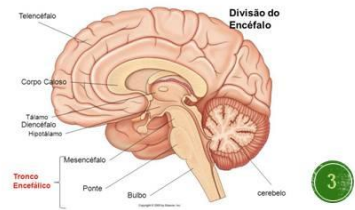
1 - DEGLUTIÇÃO

A **deglutição** ocorre de forma involuntária cerca de 600 vezes por dia, e grande parte delas sem termos consciência.

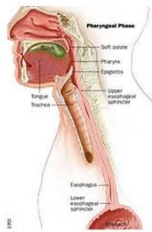
Presença de componentes **voluntárias** e **reflexas**, que envolvem **26** pares de **músculos** e **5** **nervos cranianos**.

O **centro reflexo da deglutição** localiza-se no tronco encefálico que faz parte do controlo neurológico da deglutição.

As **estruturas** que se relacionam com a deglutição de forma **direta** são: **cavidade oral, faringe, laringe e esófago**.



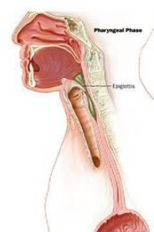
1 - DEGLUTIÇÃO



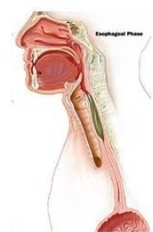
Fase preparatória oral



Fase oral



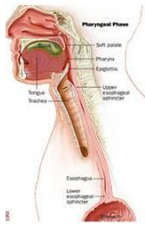
Fase faríngea



Fase esofágica

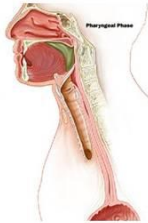
Fases Voluntárias

1 - DEGLUTIÇÃO



Fase preparatória oral

- **Preparação** dos alimentos para que possam ser deglutidos;
- **O conteúdo** fica no centro da boca. Lábios e bochechas contraídos, a parte posterior da língua e palato mole juntos para manter o conteúdo no centro da boca e fechar a orofaringe.
- **Via aérea** – A respiração pode continuar pelo nariz.

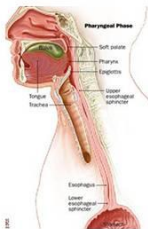


Fase oral

- **Transporte** do bolo alimentar para a orofaringe;
- Dura de **1 a 10 segundos**;
- **Continuação** da fase preparatória oral. A ponta da língua sobe e toca no palato duro, empurrando o conteúdo na direção da orofaringe;

5

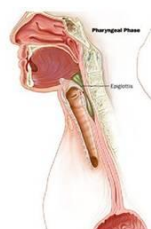
1 - DEGLUTIÇÃO



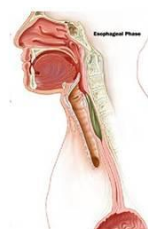
Fase preparatória oral



Fase oral



Fase faríngea

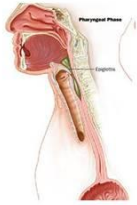


Fase esofágica

Fases Reflexas

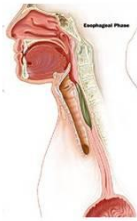
6

1 - DEGLUTIÇÃO



Fase Faríngea

- Etapas **coordenadas**, com duração de **1segundo**;
- **Duas etapas importantes** – Passagem dos alimentos da faringe para esófago e proteção da via aérea;
- O **reflexo** da deglutição é ativado quando o bolo alimentar toca na **“amígdala”**, com encerramento da nasofaringe;



Fase Esofágica

- Tem início com a **abertura** do esófago;
- Duração de **20 segundos**;
- O bolo alimentar é levado até ao estômago através de **movimentos peristálticos** e da gravidade;
- Pode-se **continuar** a mastigar e deglutir.

7

2 – ALTERAÇÕES DA DEGLUTIÇÃO

Disfagia – Perturbação que altera o funcionamento das estruturas envolvidas na deglutição de causa **funcional** ou **estrutural**;

A deglutição pode ser **alterada** por medicamentos, “alteração do estado de consciência, atenção, percepção, coordenação, força, planeamento motor, sensibilidade, campos visuais ou comportamentos impulsivos”;

A presença do reflexo de deglutição não significa uma **deglutição sem riscos**.

8

2 – ALTERAÇÕES DA DEGLUTIÇÃO

Contudo, a **sensibilidade** das estruturas envolvidas também pode estar alterada, o que pode conduzir a uma **aspiração silenciosa** (acontece a cerca de 25 a 30% das pessoas com disfagia). **Disfagia** pode levar a um aumento do tempo do internamento, modificar a participação na reabilitação e na dependência no momento da alta.



A alteração da deglutição pode implicar:

- Subnutrição;
- Desidratação;
- Aspiração;
- Pneumonias (de repetição);
- Depressão;
- Isolamento Social.

9

3 – SINAIS DE ALERTA

Comunicar quando observar estes sinais:

- **Tosse;**
- Regurgitação nasal;
- **Dispneia** (sensação de asfixia/engasgamento);
- Mudanças nos sons respiratórios;
- Lacrimejar;
- Rubor facial;
- Alteração da **expressão facial** durante a alimentação;



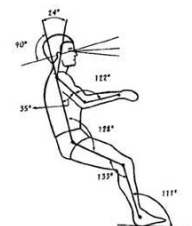
- **Pigarrear** após deglutição;
- Alteração da **voz**;
- Aumento de secreções;
- **Movimentos excessivos** da língua na deglutição;
- **Perda de saliva**;
- **Resíduos alimentares** na cavidade oral.

10

4 – CUIDADOS E ESTRATÉGIAS NA HORA DE ALIMENTAR



- **Posicionamento** correto (cabeceira a 90°);
- Colocar a comida no **campo visual** da pessoa e ao seu **alcance**;
- Evitar **distrações** durante a alimentação;
- Cuidado com as **próteses dentárias** mal ajustadas, pois podem atrapalhar a deglutição.
- Proporcionar **tempo** extra para a alimentação;
- Alimentar com **calma** e em **pequenas** quantidades;
- Atenção aos alimentos com **duas consistências** (fruta e gelado);
- Cuidado com o uso de **palhinhas**;



11

4 – CUIDADOS E ESTRATÉGIAS NA HORA DE ALIMENTAR



- Atenção aos **copos** com menos de metade de conteúdo (risco de aspiração por extensão);
- Vigiar os **sinais de alerta** no decorrer da refeição;
- Durante a refeição **nunca** deixar a pessoa **sozinha**;
- Manter **cabeceira elevada** 30 a 45 minutos após termino da refeição;
- Verificar **resíduos alimentares** na cavidade oral;
- Realizar **higiene oral**;
- Posicionar em **decúbito lateral**, quando se baixar a cabeceira.



12

4 – CUIDADOS E ESTRATÉGIAS NA HORA DE ALIMENTAR



Cuidados a ter na Alimentação e Ingestão de líquidos

Nome: _____

- Evite distrações.
- A refeição deve decorrer sem pressa.
- Manter elevada a cabeceira da cama a 70-90 graus.
- Adicione espessante aos líquidos ingeridos, na consistência de:



Néctar Mel Pudim



13

4 – CUIDADOS E ESTRATÉGIAS NA HORA DE ALIMENTAR

Como utilizar o espessante?

- Espessar a bebida imediatamente antes de fornecer é a opção mais segura;
- Utilizar um copo vazio e colocar primeiro o espessante;
- O líquido deve ficar espessado de forma uniforme;
- Confirmar no cartão a consistência adequada à pessoa a alimentar.



Como preparar a água espessada?

Néctar

Mel

Pudim

14

Dúvidas/Questões?

obrigada

pela vossa atenção!

Referências Bibliográficas

- Braga, R. (2016). Avaliação da Função Deglutição. In: Marques-Vieira, C. & Sousa, L. (Eds.). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida*, p.181-188. Loures: Lusodidacta;
- Braga, R. (2016). Reeducação da Deglutição. In: Marques-Vieira, C. & Sousa, L. (Eds.). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida*, p.263-270. Loures: Lusodidacta;
- Diana, D. M. & Rani, S. J. (2014). A study to assess the Effectiveness of Swallowing exercises on Swallowing Ability among Patients with Cerebrovascular Accident in selected Hospitals. *Asian Journal of Nursing Education and Research*, 4 (4), 429-435.
- Ferreira, A., Pierdevara, L., Ventura, I., Gracias, A., Marques, J. & Reis, M. (2018). Gugging Swallowing Screen: contributo para a validação cultural e linguística para o contexto português. *Revista de Enfermagem Referência, Série IV* (16), 85 – 94.
- McCullough, G. & McCullough, K. (2014). Clinical Evaluation of Swallowing Function for Institutionalized Elderly: Balancing the Scales for Safety and Quality of Life. *Journal of Legal Nurse Consulting*, 25 (2), 12-17.
- Miles, A., McFarlane, M., Kainth, P. & Parmar, P. (2014). Interdisciplinary management of dysphagia. *Clinical review*, 16 (10), 561-567.
- Nestle Health Science (2017). *Resource Espesante Clear*. Acedido a 9 de Novembro de 2018. Disponível em: <https://www.nestlehealthscience.pt/marcas/resource-aba/resource-modulos-espessantes/resource-espesante-clear> ;
- Silva, T. (2015). *Disfagia no doente com AVC: Prevalência e Determinantes*. Dissertação de Mestrado não publicada. Instituto Politécnico de Viseu, Viseu.
- WGO Practice Guidelines (2014). *Disfagia – Diretrizes e cascatas mundiais*. WGO. Acedido a 18/1/2018. Disponível em: <http://www.worldgastroenterology.org/UserFiles/file/guidelines/dysphagia-portuguese-2014.pdf> .

APÊNDICE V

Poster para Apresentação em Jornadas – Estágio Hospitalar



Presbifagia: Intervir para Prevenir

Universidade Cruzeiro do Sul, Universidade Cruzeiro do Sul em Emborcação - H. Reabilitação no Local de Estágio - 1.
Liliane Helena, Enfermeira, no serviço de Ortopedia Médica do CHUVA. Aluna do Curso de Especialização em
Enfermagem em Reabilitação no IGA.

0. INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento acarreta diversas alterações no organismo, estando nas mãos de cada um adiar e prevenir os efeitos, após o fornecimento do conhecimento adequado. A alteração da deglutição surge, na maioria dos casos, como consequência de patologias que são frequentes nas pessoas idosas (AVC, demências, Parkinson, Alzheimer, entre outras), subvalorizando e subdiagnosticando a presbifagia e disfagia.

1. METODOLOGIA

Nas bases de dados Medline e Cinahl foram realizadas pesquisas com os termos: alterações da deglutição, envelhecimento e reabilitação. A seleção dos artigos, realizada primeiro pelos títulos e depois pelo resumo, resultou em apenas 1 artigo de interesse. Posteriormente foi realizada uma pesquisa no Google Scholar, com a seleção de artigos que abordassem o tema presbifagia e que dessem relevância à problemática.

2. DESENVOLVIMENTO

A presbifagia resulta das alterações anatomofisiológicas do processo de envelhecimento, tais como: alteração no olfato e paladar (fase inicial); diminuição da força dos músculos da mastigação e redução dos movimentos da língua, que dificultam a preparação do bolo alimentar; alterações da função e estrutura do sistema estomatognático (lábios hipertrofiados, diminuição da força da língua, dificuldade na mastigação por falta de peças dentárias e alteração da mucosa oral, como xerostomia); flacidez dos músculos e ligamentos da laringe, que aumentam o risco de aspiração, associado à hipotonia do músculo cricofaríngeo; e hipoestesia laríngeofaríngea.

Os sinais de alerta para o surgimento destas alterações são: engasgamentos frequentes, tosse, resíduos alimentares na cavidade oral, sensação de bolo na garganta, dificuldade e dor ao deglutir, escape de conteúdo pelas comissuras labiais, dificuldades na mastigação, colocação do bolo alimentar na base da língua, perda de peso; alteração do tom de voz, maior esforço na deglutição e deglutições múltiplas e repetitivas. Sendo eles idênticos aos da disfagia.



4. CONCLUSÃO

A presbifagia e disfagia são conceitos difíceis de dissociar e constituem um desafio epidemiológico pela falta de triagem, pesquisa e investimento nas alterações da deglutição antes do diagnóstico das patologias que provocam alterações desta. Para que no futuro o envelhecimento possa ser realizado de forma saudável e ativa, os enfermeiros devem estar alerta para potenciais repercussões na socialização e auto estima das pessoas idosas. Devem procurar intervir no sentido de minimizar potenciais efeitos e adotar estratégias compensatórias e exercícios que melhorem a deglutição, com o intuito de construir um engrama que ajude na reabilitação dos casos que evoluem de presbifagia para disfagia. A avaliação da capacidade de deglutição é realizada de igual modo, independentemente da condição ou patologia que despoleta a alteração da deglutição. Contudo, é nas intervenções de redução de risco ou nos plano de reabilitação a implementar que se deve considerar a patologia associada e contemplar a individualidade de cada pessoa.

5. BIBLIOGRAFIA

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 128 p.



As estruturas e nervos que estão envolvidos na deglutição, são afetados com o envelhecimento, podendo ocorrer alterações nas diversas fases da deglutição. Por exemplo, a alteração do número de peças dentárias e/ou da sua condição terá influência na preparação do bolo alimentar interferindo na deglutição eficaz e segura. De acordo com alguns autores, a fase preparatória oral e fase oral, são as mais afetadas pelas alterações decorrentes do envelhecimento. Destacando-se também a diminuição do tônus e a flacidez muscular, que apresentam também influência na fase faríngea por déficit do encerramento da via aérea. Na fase esofágica, ressalta o refluxo gastroesofágico.

O conhecimento e compreensão das alterações anatomofisiológicas da deglutição devido ao envelhecimento deve ser de domínio dos profissionais, mas também do conhecimento dos familiares, de forma a prevenir as complicações que podem advir desta alteração através da comunicação dos sinais de alerta.

A sinalização das pessoas vulneráveis às alterações da deglutição deve fazer parte dos cuidados primários, de forma a se poder intervir quando surge os sinais de alerta. A prevenção teve sempre um melhor benefício em termos de saúde e de custos associados aos cuidados de saúde.

A população idosa carece de maior atenção, não só pelas alterações anatomofisiológicas mas também pelas diversas patologias que comumente estão associadas nestas faixas etárias. Pois 45% das pessoas com idade igual ou superior a 75 anos apresentam alterações da deglutição, que, associados a outros fatores de risco têm uma prevalência de 70-90%. Contudo ainda existe um subdiagnóstico da presbifagia e disfagia, por não haver uma questão acerca da existência de alterações da deglutição na anamnese e pela sua detecção apenas ser feita como consequência ao diagnóstico de outras patologias.



APÊNDICE VI

Formação em Serviço – Estágio Comunitário

ALIMENTAR A PESSOA COM ALTERAÇÃO DA DEGLUTIÇÃO

FORMAÇÃO EM SERVIÇO

Discente:
Liliana Nunes, n.º8302

Local de Estágio 2
30 de Janeiro, 2019



Orientadora Clínica:
Enf. Orientadora

Orientador:
Prof. Ricardo Braga

Sumário

- 1 – Sinais de Alerta**
- 2 – Método de Exploração Clínica Volume-Viscosidade**
 - 2.1 – Condições de Segurança e de Eficácia**
 - 2.2 – Fluxo de Exploração**
- 3 – Reeducação da Deglutição**
 - 3.1 – Cuidados e Estratégias na Hora de Alimentar**
 - 3.2 – Intervenção à Pessoa com Alteração da Deglutição**
 - 3.3 – Cuidados Após a Refeição**



1 – Sinais de Alerta

Sinalizar quando observar estes sinais:

- **Tosse;**
- Regurgitação nasal;
- **Dispneia** (sensação de asfixia/engasgamento);
- Lacrimejar;
- Rubor facial;
- Alteração da **expressão facial** durante a alimentação;



- **Pigarrear** após deglutição;
- Alteração da **voz**;
- Aumento de secreções;
- **Escape de saliva**;
- **Resíduos alimentares** na cavidade oral.

3

2 – Método de Exploração Clínica Volume-Viscosidade

2.1 – Condições de Segurança e de Eficácia

Condições de Segurança:

- **Tosse**
- Alterações na qualidade vocal (voz molhada, fraca, etc)
- Diminuição da saturação de oxigénio (>5%)



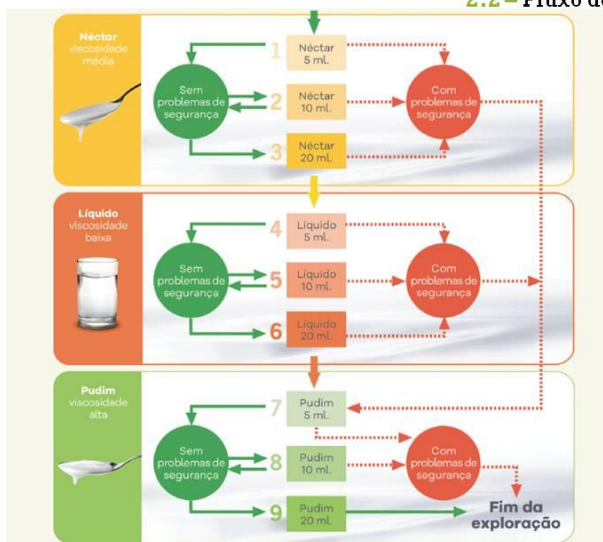
Condições de Eficácia:

- **Encerramento labial ineficaz** (escape anterior de alimento)
- **Resíduos orais**
- **Deglutições múltiplas**
- **Suspeita de resíduos faríngeos**

4

2 – Método de Exploração Clínica Volume-Viscosidade

2.2 – Fluxo de Exploração



Recomendações após avaliação da deglutição, de forma a cumprir as condições de segurança e eficácia:

Viscosidade			Volume		
líquido	néctar	pudim	pequeno 5 ml	médio 10 ml	grande 20 ml

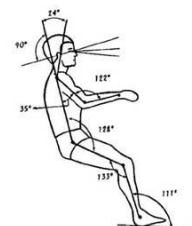
5

3 – Reeducação da Deglutição

3.1 – Cuidados e Estratégias na Hora de Alimentar



- **Posicionamento** correto (cabeceira a 90°);
- Colocar a comida no **campo visual** da pessoa e ao seu **alcance**;
- Cuidado com as **próteses dentárias** mal ajustadas, pois podem atrapalhar a deglutição.
- Evitar **distrações** durante a alimentação;
- Alimentar com **calma** e em **pequenas** quantidades;
- Cuidado com o uso de **palhinhas**;



6

3 – Reeducação da Deglutição

3.1 – Cuidados e Estratégias na Hora de Alimentar



- Disponibilizar **tempo** para a alimentação;
- Não dar alimentos com **duas consistências**;
- Quantidade de líquido nos **copos** (risco de aspiração por hiperextensão);
- Vigiar os **sinais de alerta** no decorrer da refeição;
- Durante a refeição **nunca** deixar a pessoa **sózinha**;



7

3 – Reeducação da Deglutição

3.2 – Intervenção à Pessoa com Alteração da Deglutição



8

3 – Reeducação da Deglutição

3.2 – Intervenção à Pessoa com Alteração da Deglutição

Técnicas posturais

- **Flexão** cervical;
- **Extensão** cervical
- **Rotação** cervical para o lado afetado
- **Flexão** lateral para o lado **são**
- **Deitado** (dorsal ou lateral)



Estimulação sensitiva

- Mudança no **sabor**
- Mudança no **volume**
- **Temperatura**
- Bebidas **gaseificadas**



9

3 – Reeducação da Deglutição

3.2 – Intervenção à Pessoa com Alteração da Deglutição

Mudanças voluntárias da deglutição

- Respiração **supraglótica**
- Respiração **super-supraglótica**
- **Deglutição** forçada
- Manobra de **Mendelson**
- Manobra de **Masako**
- Preparação de **três segundos**
- Deglutições **múltiplas**
- **Prensão** labial
- **Sucção** antes da deglutição



Este tipo de **mudanças** da deglutição
pode ser associado a **técnicas**
posturais.

10

3 – Reeducação da Deglutição

3.2 – Intervenção à Pessoa com Alteração da Deglutição

Alterações na dieta



O espessante pode resolver a disfagia a líquidos mas é importante adequar as intervenções de acordo com o efeito das consistências na deglutição. A consistência mel é a mais eficaz na prevenção de aspiração.

Cinesoterapia respiratória



O treino dos músculos respiratórios melhora a elevação do osso hióide, permite uma tosse eficaz e reduz o risco de aspiração.



11

3 – REEDUCAÇÃO DA DEGLUTIÇÃO

3.2 – Intervenção à Pessoa com Alteração da Deglutição

Reeducação dos músculos



Aproximar e comprimir os lábios



Sorrir mostrando os dentes



Sorrir com os lábios juntos



Protusão do lábio inferior



Soprando (encher a bochecha de ar)

- Língua
- Mandíbula
- Laringe



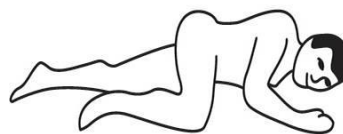
12

3 – Reeducação da Deglutição

3.3 – Cuidados Após a Refeição



- Manter **cabeceira elevada** 30 a 45 minutos;
- Verificar **resíduos alimentares** na cavidade oral;
- Realizar **higiene oral** (antes e após);
- Posicionar em **decúbito lateral**, quando se baixar a cabeceira.



13

Questão para queijinho!

Como se deglute?

- Colocar o alimento na base da língua
- Fechar a boca
- Sustentar a respiração
- Deglutir
- Expirar

14



pela vossa atenção!



15

Referências Bibliográficas

- Braga, R. (2016). Avaliação da Função Deglutição. In: Marques-Vieira, C. & Sousa, L. (Eds.). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida*, p.181-188. Loures: Lusodidacta;
- Braga, R. (2016). Reeducação da Deglutição. In: Marques-Vieira, C. & Sousa, L. (Eds.). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida*, p.263-270. Loures: Lusodidacta;
- Diana, D. M. & Rani, S. J. (2014). A study to assess the Effectiveness of Swallowing exercises on Swallowing Ability among Patients with Cerebrovascular Accident in selected Hospitals. *Asian Journal of Nursing Education and Research*, 4 (4), 429-435.
- Ferreira, A., Pierdevara, L., Ventura, I., Gracias, A., Marques, J. & Reis, M. (2018). Gugging Swallowing Screen: contributo para a validação cultural e linguística para o contexto português. *Revista de Enfermagem Referência, Série IV* (16), 85 – 94.
- Menoita, E., Sousa, L., Alvo, I. & Vieira, C. (2012). Reabilitar a Pessoa com AVC – Contributos para um Envelhecer Resiliente. *Lusociência*. Loures.
- McCullough, G. & McCullough, K. (2014). Clinical Evaluation of Swallowing Function for Institutionalized Elderly: Balancing the Scales for Safety and Quality of Life. *Journal of Legal Nurse Consulting*, 25 (2), 12-17.
- Miles, A., McFarlane, M., Kainth, P. & Parmar, P. (2014). Interdisciplinary management of dysphagia. *Clinical review*, 16 (10), 561-567.
- Silva, T. (2015). *Disfagia no doente com AVC: Prevalência e Determinantes*. Dissertação de Mestrado não publicada. Instituto Politécnico de Viseu, Viseu.
- WGO Practice Guidelines (2014). *Disfagia – Diretrizes e cascatas mundiais*. WGO. Acedido a 18/1/2018. Disponível em: <http://www.worldgastroenterology.org/UserFiles/file/guidelines/dysphagia-portuguese-2014.pdf>.

16

ALIMENTAR A PESSOA COM ALTERAÇÃO DA DEGLUTIÇÃO

FORMAÇÃO EM SERVIÇO

Discente:

Liliana Nunes, n.º8302

Local de Estágio 2
30 de Janeiro, 2019



Orientadora Clínica:

Enf. Orientadora

Orientador:

Prof. Ricardo Braga

APÊNDICE VII
Folheto Informativo – Estágio Comunitário

Como utilizar o espesante?

- Confirmar a consistência adequada a si/ao seu familiar;
- Espessar a bebida imediatamente antes de fornecer é a opção mais segura;
- Num copo vazio, coloque a quantidade de água necessário e posteriormente o espesante;
- Mistura até o líquido ficar espessado de forma uniforme.

Néctar Mel Pudim



Cuidados

individualizados

Cada caso é um caso!

Deve seguir os cuidados explicados pelo profissional de saúde e realizar exercícios que permitam melhorar a sua deglutição.

Cumprir os cuidados fazem com que se alimente de forma mais segura.

Local de estágio 2



Alteração da deglutição/Disfagia

Cuidados Gerais



Guia para o utente e cuidador

O que é a Disfagia?

Dificuldade em engolir ou a sensação de que alimentos sólidos e/ou líquidos estão retidos na zona da garganta.



Quais os sinais de alerta?

- **Tosse** ou pigarrear;
- **Voz** alterada/molhada após deglutir;
- Saída de **alimentos** ou líquidos pela boca;
- **Engasgamentos** frequentes;
- **Restos alimentares** na cavidade oral.



A Disfagia pode levar a...

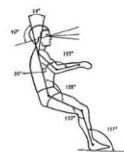
- Perda de peso e desidratação;
- Pneumonia de aspiração;
- Insuficiência respiratória;
- Isolamento social;
- Depressão.



Alterações na dieta

Consistência adaptada da alimentação após indicação do profissional de saúde

- Alimentação passada (deve conter todos os nutrientes necessários);
- Recorrer a batidos e sopas de carne e peixe;
- Realizar várias refeições por dia.



Cuidados a ter durante a Refeição

- Estar **sempre** bem sentada, ou com a cabeceira da cama bem levantada;
- Realizar uma boa higiene oral, antes e após a refeição;
- Utilizar prótese dentária bem ajustada;
- Alimentar em ambiente calmo, evite distrações;
- Despender tempo para a refeição e comer em pequenas quantidades;
- **Atenção, evitar:**
 - alimentos que alteram rapidamente a consistência (ex: gelatinas);
 - alimentos difíceis de mastigar;
 - copos meio vazios, para não inclinar a cabeça para trás;
 - Permanecer na posição de sentado/cabeceira elevada pelo menos 30 minutos após refeição.

APÊNDICE VIII

Jornal de Aprendizagem – Estágio Hospitalar

DESCRIÇÃO

Este documento reflexivo serve para alcançar um dos objetivos descritos no projeto de estágio. De acordo com os Descritores de Dublin e as competências gerais dos enfermeiros especialistas temos que refletir sobre a prática para melhor nos prepararmos para uma atuação no momento inesperado, usando os conhecimentos adquiridos, assim como ter capacidade de adquirir novos e utilizá-los no momento.

O primeiro estágio decorreu em meio hospitalar, num Internamento de medicina interna. Onde os utentes que seleccionava para intervir apresentavam internamentos curtos.

A Sra. O. era uma utente já conhecida pela equipa de enfermagem devido aos seus internamentos recorrentes pelas recaídas da sua patologia (doença de *Parkinson* em estado avançado). A utente encontrava-se traqueostomizada e com gastrostomia endoscópica percutânea havia algum tempo, pelo que não se tinha alimentado por via oral. Era já seguida na consulta de otorrino, na qual aguardava a realização da videofluoroscopia para avaliação da deglutição.

O pedido de avaliação de deglutição foi realizado no dia 10 de outubro de 2018. A minha avaliação da deglutição foi feita no dia 16 de outubro de 2018.

A avaliação da deglutição foi realizada, de acordo com norma do serviço, sendo que a utente não apresentava qualquer problema na deglutição das diversas consistências (mel, néctar e pudim). Tentei testar com sólidos (pão), mas não foi possível a realização do bolo alimentar devido à qualidade do pão (Ferreira, Chambino, Silva & Domingos, 2015). No decorrer da avaliação reparei numa assimetria facial, com tónus e contração muscular menos acentuado na hemiface direita, assim como uma tosse pouco eficaz. Para além do fortalecimento dos músculos da deglutição que se deu início (Ferreira, Chambino, Silva & Domingos, 2015; Braga, 2016), é também de extrema importância o fortalecimento muscular dos músculos acessórios da respiração, para que a tosse fique mais eficaz (Cordeiro & Menoita, 2012). A Sra. O. apresenta fraqueza muscular generalizada, 3/5 de acordo com a escala *Medical Research Council Muscle Scale* (OE, 2016), e amplitude articular menos acentuada nos membros inferiores, pelo que também foram realizadas mobilizações passivas (Menoita et al, 2014). Não foram testados os equilíbrios,

porque num dos dias a utente já tinha regressado ao leito e nos restantes recusou o levante.

Noutro dia de intervenção à Sra. O. na sua enfermaria, encontrava-se com indicação para medidas adicionais de isolamento de contacto e de gotículas. Avaliei novamente a deglutição, que mantinha as características. Mas desta vez testei água líquida sem qualquer adição de espessante que decorreu sem qualquer intercorrência. Os exercícios de fortalecimento muscular foram mantidos, com colaboração por parte da utente, que demonstrava satisfação pelo investimento que estava a ser feito e motivação pela perspectiva de poder voltar a comer por via oral novamente. A Sra. O. referia que o que mais lhe custava era não poder sentir o sabor dos alimentos, pois anteriormente à sua situação clínica a utente gostava e sentia prazer em comer (Farri et al, 2007).

De acordo com a norma do serviço a avaliação da deglutição devia ser realizada de 48/48 horas, ou quando se verifica alteração do estado de consciência do utente, para que a consistência seja adequada para cada utente, garantido a segurança na alimentação, e para os exercícios serem individualizados (Ferreira, Chambino, Silva & Domingos, 2015).

Na semana seguinte, continuei a reeducação da deglutição da Sra. O., que se mantinha motivada. Contudo fiquei a saber que a sua alta estava para breve, pois a paciente tinha conseguido vaga numa unidade de cuidados continuados. Pelo que decidi realizar exercícios duas vezes por dia.

No dia seguinte da mesma semana era o dia da alta, mas antes aguardava pela realização da videofluoroscopia. A terapeuta da fala e o médico chegaram bem cedo ao serviço para a realização do exame, situação da qual não me apercebi. A terapeuta pediu para a Sra. O. tossir, reação que esta não apresentou quando foi solicitada (mas apresentava reflexo de tosse pois conseguia ajudar na mobilização das secreções para a cânula da traqueostomia, de modo a facilitar a aspiração das mesmas), e não realizou o exame. À minha avaliação a utente não apresentava disfagia, apenas uma fraqueza muscular de lábios e bucinadores, ambos alvo de reforço, estimulando sempre a deglutição nas diversas consistências. Assim como treino da tosse, para aumentar a sua eficácia e se tornar mais forte.

Posso concluir que neste caso a minha avaliação poderia estar correta, visto não haver alterações clínicas de disfagia por parte da utente de uma semana para a outra. Contudo a confirmação com a videofluoroscopia seria uma segurança (reforço importante nesta minha fase inicial), assim como um complemento à avaliação da deglutição.

PENSAMENTOS E SENTIMENTOS

Terminada a parte teórica da formação, ansiamos sempre pela prática, para os nossos conhecimentos se consolidarem com as experiências e resultados positivos. Considero-me uma pessoa insegura quando não estou no meu espaço e pela inexperiência prática, com novas situações.

No primeiro local de estágio, poderiam existir ou não utentes que fossem possíveis de trabalhar de acordo com principal objetivo do meu projeto (utentes com alteração da deglutição), porque utentes a necessitarem de reabilitação num internamento irão sempre existir, nem que seja para manter as suas capacidades.

Fiquei empolgada quando soube que a Sra. O. era uma senhora com PEG e que poderia haver a possibilidade de voltar a alimentar-se via oral, isto é, necessitava de reabilitação por possível alteração da deglutição (que se veio a revelar numa fraqueza muscular dos lábios e bucinadores).

Tinha conhecimento, através da informação constante do diário clínico, que a utente já era seguida na consulta de otorrinolaringologia para se tentar a retirada da PEG. Aguardei com expectativa a realização da videofluoroscopia, pois era uma maneira de comprovar que a minha avaliação estava correta e que poderia continuar com os exercícios que estava a realizar, e a motivar a utente de forma a que esta um dia pudesse voltar a comer e sentir o sabor dos alimentos de forma prazerosa.

Fiquei triste quando soube que a videofluoroscopia não tinha sido realizada por a utente não ter apresentado o reflexo de tosse quando solicitado. Pois, a realização do exame seria a prova que não havia aspirações silenciosas (visto não haver sinais de outras alterações como: alteração da saturação, tosse, dispneia ou aumento das secreções). Ficou a curiosidade e a dúvida de saber

se a utente apresentava alteração da deglutição que não fosse observável, pois estava a ser estimulada a deglutição com água espessada diariamente.

Fiquei com a dúvida, que se eu estivesse presente na observação do otorrino este poderia realizar o exame, pois tinha conhecimento do trabalho que estava a ser desenvolvido com a utente no decorrer deste internamento. Podendo as minhas dúvidas ficarem esclarecidas.

AVALIAÇÃO

Se a norma e protocolo do serviço servem para podermos avaliar a deglutição, assim como afirma a literatura, e daí construir um plano de reabilitação para as alterações da deglutição, significa que poderemos confiar nesses aspetos e atuar de forma segura. A realização da videofluoroscopia apenas seria uma confirmação (que não deixava se ser importante), para alterações na zona orofaríngea. A não realização deste exame foi a parte negativa desta experiência, assim como a Sra. O. não ter colaborado quando solicitaram para tossir.

O lado positivo desta experiência foi ter realizado uma avaliação da deglutição, um plano de cuidados e a intervenção de reabilitação, não só da parte da deglutição como da pessoa como um todo.

ANÁLISE

Devemos sempre proporcionar a segurança do utente, ao apenas cingir-me à intervenção sem administração de alimentação e água (a não ser nos momentos de reavaliação da deglutição) estava na mesma a intervir na reabilitação da utente. Poderia ter esperado pelo exame, pois a sua solicitação foi por dúvidas de que algo não estivesse bem. A razão pela qual não foi realizado o exame, é uma das razões de segurança pelo que não devemos alimentar os utentes por via oral, embora nesta situação exista a presença do reflexo de tosse na minha avaliação e nos diversos contatos que realizava com a utente. A equipa (médico e terapeuta da fala) decidiu ir pela segurança e manter a PEG à utente, tendo em conta a avaliação feita por elas (aprofundar com teoria ou intervenções de enfermagem).

CONCLUSÃO

Aquando das minhas avaliações a utente não apresentava alterações orofaríngeas que comprometessem a deglutição, mas seria mais seguro para mim, assim como para os colegas da unidade para onde a senhora foi, uma segurança para a alimentar e manter plano de reabilitação.

Poderia ter feito apenas a avaliação, plano de cuidados e intervenção, sem administração de água espessada. Poderia ter informado a enfermeira responsável pela utente que gostaria e precisava de estar presente no momento da realização do exame.

Posso concluir que somos profissionais diferentes e que dispensamos tempos diferentes para os utentes, sendo que o contato mais próximo com a pessoa faz com que tenhamos mais conhecimento da mesma. Em jeito de conclusão posso dizer que não fiquei conformada com a não realização do exame (ficando com dúvidas até que poderia ser por esta se encontrar em isolamento de contacto e de gotículas), permanecendo as minhas dúvidas sobre a eficácia e segurança da deglutição da utente na fase faríngea. Este exame seria uma mais-valia para a minha segurança, da minha avaliação da deglutição e do meu desenvolvimento como enfermeira especialista de reabilitação.

PLANEAR A AÇÃO

Numa próxima situação similar irei solicitar à enfermeira responsável pela utente que me informe quando a terapeuta chegar para realizar a avaliação da deglutição, que reconheço como um lapso da minha parte.

De futuro irei informar o enfermeiro generalista responsável pela utente do que se está a passar e dos planos de reabilitação que estão a decorrer com a mesma, para ser alertada das alterações e destes pequenos pormenores (de estar presente, para esclarecer e solicitar esclarecimento de quaisquer dúvidas).

É uma mais-valia a partilha de informação, pois não conseguimos ser omnipresentes, sendo o utente o melhor beneficiário com a intervenção do

EEER, nunca descorando que o utente tem também um papel fundamental na sua reabilitação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Braga, R. (2016). Avaliação da Função Deglutição. In: Marques-Vieira, C. & Sousa, L. (Eds.). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida*, p.181-188. Loures: Lusodidacta.
- Ferreira, A., Chambino, C., Siva, I. & Domingos, J.. (2015). *Norma de procedimento*. 12 de novembro de 2015. Avaliação da Deglutição. Hospital Garcia de Horta, Almada, Portugal.
- Cordeiro, M. & Menoita, E. (2012). Reeducação Funcional Respiratória. In Cordeiro, M. & Menoita, E.. *Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória – Conceitos, Princípios e Técnicas*. Loures: Lusociência.
- Menoita, E., Sousa, L., Alvo, I. & Vieira, C. (2014). Reabilitar a Pessoa com AVC – Contributos para um Envelhecer Resiliente. Lusociência. Loures.
- Ordem dos Enfermeiros (2016). *Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Ordem dos enfermeiros - Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. p.43.

APÊNDICE IX

Jornal de Aprendizagem – Estágio Comunitário

Jornal de aprendizagem – local de estágio 2

Este documento reflexivo serve para alcançar um dos objetivos descritos no projeto de estágio. De acordo com os descritores de Dublin e as competências gerais dos enfermeiros especialistas temos que refletir sobre a prática para melhor nos prepararmos para uma atuação no momento inesperado, usando os conhecimentos adquiridos, assim como ter capacidade de obter novos e utilizá-los no momento necessário.

O segundo estágio decorreu em meio domiciliário, numa ECCL do Algarve. Os utentes são encaminhados do hospital através da referênciação pela Equipa de Gestão de Altas ou pelo médico de família (Unidade de Saúde Familiar), de forma a iniciar ou dar continuidade aos cuidados necessários para quem não necessita de internamento, mas que não se consegue deslocar. Cada utente fica com um gestor de caso, não sendo sempre o mesmo a realizar as visitas, e nem todos os gestores são enfermeiros especialistas.

A minha realidade profissional é do ponto de vista hospitalar, sendo que estou num meio controlado e que, apesar de haver períodos em que poderá faltar material, há sempre o necessário para a prestação de cuidados, quer gerais, quer de reabilitação. Na realidade domiciliária nem sempre é assim, pois os utentes podem não possuir condições económicas para adquirir o material e equipamento necessário para a recuperação da sua saúde. Faz parte das competências do EEER saber como articular os recursos da comunidade para o empréstimo de material ou o seu aluguer (que pode sair menos dispendioso que a aquisição), ou até mesmo de improvisar algo que substitua o que seria necessário para um cuidado de reabilitação.

É essencial conhecer as instituições na zona de residência das pessoas, das quais me fui informando ao longo da primeira semana de estágio, para saber transmitir ao utente/família de forma a ajudá-los.

Quando realizamos visitas domiciliárias para a prestação de cuidados de reabilitação temos que ter em conta o estado de saúde do utente, as condições habitacionais, e o apoio familiar. O domicílio de cada pessoa é uma realidade diferente, pelo que o EEER nunca atua no mesmo contexto nem nas mesmas condições. No momento das altas hospitalares são realizados diversos ensinamentos (com cedência ou não de panfletos informativos), para o utente e família levarem para o domicílio. Alguns das vezes são realizadas demonstrações práticas de como se faz

determinada intervenção e poderemos até mesmo validar se o conhecimento foi apreendido. Mas será que estes ensinamentos foram realizados tendo em conta o contexto domiciliário da pessoa? Será que nos assegurámos que haveria condições necessárias para o utente conseguir ter uma cama articulada e realizar levante diário? Pois, muitas das vezes, com a azáfama do trabalho e das “rotinas” implementadas não nos recordamos desses pormenores que são de extrema importância para quem regressa ao seu lar e necessita de adaptação.

É aqui que começa a importância de ter EEER na comunidade, de forma a dar acompanhamento ao utente que tem alta hospitalar e necessita de adaptação ao seu meio após as suas capacidades se encontrarem modificadas pela alteração do estado de saúde.

Como é o caso do Sr. M. que regressou a casa com o diagnóstico de *status* pós-prótese total da anca, que teve necessidade de reinternamento por uma pneumonia nosocomial. Quando este regressou a casa pela segunda vez, o seu estado estava alterado em relação ao que era descrito na nota de alta do primeiro internamento. Mas a nota de alta do segundo internamento também descrevia o utente de uma forma mais autónoma (a nível da alimentação) do que este realmente se encontra. No hospital o utente realizava levante diário para cadeirão e tinha mesa de refeição, com a ajuda da qual se conseguia alimentar de forma autónoma (sob supervisão). No momento de regresso a casa, o utente já tinha cama articulada na sala de estar (devido aos quartos sere, no primeiro andar e este não conseguir nem subir nem deambular), onde dormia.

A sua cuidadora era a esposa de 91 anos de idade que não o conseguia levantar para cadeira de rodas (que também se encontrava na sala). O facto do utente não se conseguir levantar, já traria regressão a nível motor e respiratório, mas também complicava a parte da alimentação, pois este não se conseguia alimentar sozinho, tendo que ser a esposa a alimentá-lo.

Neste momento, se o utente não tivesse continuação dos cuidados (que o motivo da referenciação por úlceras por pressão), esta situação não era detetada e a esposa do Sr. M. não estaria desperta para os sinais e sintomas da disfagia (que o utente apresentava já sendo compensada com espessante desde o primeiro internamento, e os ensinamentos da preparação da água espessada já tinham sido realizados à esposa). Houve necessidade de reforçar ensinamentos acerca da preparação da água espessada e dos cuidados a ter na hora da refeição; ensinamentos sobre o posicionamento do utente (que esposa tinha apoio e como tinha algumas condições

económicas tinha a ajuda de uma cuidadora informal), assim como os sinais de alerta a que esta deveria estar desperta no decorrer da refeição. Mas não nos podemos esquecer que ao capacitar o familiar/cuidador estamos também a sobrecarregá-lo, sendo que há necessidade de confirmar se este não descora da sua saúde. Pois, nesta situação a esposa estava a dormir no sofá da sala para ficar mais perto do Sr. M. caso este precisasse da sua ajuda durante a noite. A esposa estava com sobrecarga por: cuidar das tarefas domésticas, ir às compras, gerir o dinheiro, cuidar do esposo; e no final descorava do seu repouso e da sua alimentação, para não falar do psicológico.

As visitas domiciliárias permitem-nos ver a realidade do contexto e das necessidades que as pessoas têm para uma adaptação à nova realidade, sendo que quando as realizamos estamos a fazer uma “invasão” à sua privacidade. Mas é neste contexto que fornecemos o suporte necessário para uma adaptação saudável, com o intuito da melhoria da autocuidado e da qualidade de vida do utente/família.

Existem outras situações em que os utentes vivem sozinhos e têm visitas familiares esporádicas e em que nós nos tornamos uma visita desejável, não apenas pelo tratamento que vamos prestar, mas para evitar a sua solidão em mais um dia. Estes casos acontecem mais frequentemente em zonas isoladas em que não existem vizinhos por perto e os acessos nem sempre são os melhores, mencionando também o facto que os transportes públicos não chegam perto.

Os EEER apresentam competências e perfil adequado para ser o profissional capaz de promover e potenciar a capacidade de reabilitação da pessoa ou ajudar esta a lidar com as suas limitações e desvantagens. Aumentando a sua importância nos cuidados domiciliários, em que os contextos não estão adaptados (muitos edifícios sem rampas de acesso ou com inclinação incorreta, casas dimensões pequenas para uma pessoa que se desloca em cadeira de rodas, entre outras).

Na equipa de ECCI, existem 3 enfermeiras especialistas em reabilitação, contudo não conseguem desempenhar as suas competências em todos os turnos de trabalho, visto terem que cobrir alguns turnos como enfermeiras de cuidados gerais, por não existir recursos humanos suficientes.

Aprendi e desenvolvi muito neste estágio, como enfermeira, futura EEER e pessoa. A partir deste momento, aquando de uma alta hospitalar tenho mais atenção nos ensinamentos realizados, tendo em atenção as condições habitacionais das pessoas e os cuidadores em questão, e na informação transmitida ao em nota de alta (para quem irá dar continuidade dos cuidados).

ANEXOS


ANEXO I

Certificado de presença nas 2ª Jornadas dos Enfermeiros Especialistas em
Enfermagem de Reabilitação do CHLO - “Da Prática Clínica à Integração de
Cuidados”

2^{as} JORNADAS DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO DO CHLO DA PRÁTICA CLÍNICA À INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS

CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO

Certifica-se que Liliana Patrícia Saloio Nunes
participou com a apresentação do Poster “Presbifagia: Intervir para prevenir”
e esteve presente nas “2^{as} Jornadas dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação do
CHLO”, realizado no dia 16 de Novembro de 2018, no Auditório do Metro do Alto dos Moinhos.



Jornadas
Enfermagem de Reabilitação
CHLO

P¹ª Comissão Científica



Jornadas
Enfermagem de Reabilitação
CHLO

P¹ª Comissão Organizadora

Com a ajuda



Organização:



Associação de Enfermeiros
de Reabilitação do CHLO

ANEXO II

Certificado de presença no XX Congresso APNEP – “Cuidados Nutricionais para Todos”

XX CONGRESSO ANUAL DA APNEP

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE NUTRIÇÃO ENTERICA E PARENTERICA

13 a 16 OUTUBRO 2018
LISBOA

CUIDADOS NUTRICIONAIS

para **TODOS**

Certificado

Certifica-se para os devidos efeitos que o(a) Ex.mo(a) Senhor(a):

Liliana Nunes

Esteve presente no **XX Congresso Anual da Apnep**, realizado no(s) Parque das Nações Lisboa, no(s) dia(s) 13 a 16 de Outubro de 2018. (Duração: 20 horas)

09076-06-00006-074515



DR. ANIBAL MARINHO
(Presidente da APNEP)

ANEXO III

Certificado de presença no 1º Encontro Regional “STOP às Úlceras de Pressão”



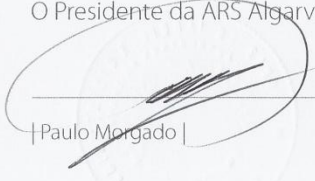
STOP
ÚLCERAS de pressão
1º ENCONTRO REGIONAL
• 5.FEV AUDITÓRIO MUNICIPAL DE LAGOA

CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO

Certifica-se que Liliana Patricia Salcio Nunes
participou no, **STOP Úlceras de Pressão - 1º Encontro Regional**, que se realizou no dia **5 de fevereiro de 2019**,
no Auditório Municipal de Lagoa.

Lagoa, 5 de fevereiro de 2019

O Presidente da ARS Algarve, IP


| Paulo Morgado |

ORGANIZAÇÃO:



APOIO:

