



Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Relatório de Estágio

Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa com alteração da deglutição

Rehabilitation Nursing Care for people with swallowing disorders

Amanda Louise Alves Lana



**Lisboa
2024**



Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Relatório de Estágio

Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa com alteração da deglutição

Rehabilitation Nursing Care for people with swallowing disorders

Amanda Louise Alves Lana



Orientadora: Professora Doutora Vanda Lopes da Costa Marques Pinto

Coorientador: Professor Ricardo Jorge Vicente de Almeida Braga



Lisboa

2024

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

Agradecimentos

Ao Gonçalo, pelo apoio incondicional e indescritível;

À família e amigos, pela empatia e compreensão;

À minha colega e amiga Inês Afonso, por me encorajar a realizar este percurso (e tantos outros) juntas;

Ao Professor Ricardo Braga, pelo exemplo, pelos desafios propostos e pela disponibilidade constante;

A todas as Enfermeiras Orientadoras, pela disponibilidade e por todo o conhecimento transmitido;

Ao 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, por todos os momentos partilhados.

Abreviatura e siglas

ACM – Artéria cerebral média

AVC – Acidente vascular cerebral

AVD – Atividades de vida diária

CMER – Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes

ECG – Eletrocardiograma

ECL – Equipa Coordenadora Local

ECR – Equipa Coordenadora Regional

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

FAC - *Functional Ambulation Categories*

GUSS - *Gugging Swallowing Screen*

NIHSS - *National Institutes of Health Stroke Scale*

RMN – Ressonância magnética

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SIE – Sistemas de Informação em Enfermagem

TAC – Tomografia computadorizada

TOR-BSST - *The Toronto Bedside Swallowing Screening test*

UMDR - Unidade de Média Duração e Reabilitação

Resumo

As alterações da deglutição apresentam uma elevada taxa de prevalência, tanto em contexto de internamento hospitalar como na comunidade. As complicações associadas são diversas, levando a um aumento significativo da morbilidade e mortalidade. Considerando esta temática uma área de interesse pessoal e uma problemática atual nos cuidados de saúde, o presente relatório de estágio contempla como abordagem metodológica uma revisão narrativa da literatura que retrata os aspetos mais relevantes do tema escolhido, seguido de uma análise das experiências vivenciadas em contexto de estágio à luz do conhecimento, da Teoria das Transições de Afaf Meleis, e das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

Sendo a deglutição um processo complexo e essencial durante todo o ciclo de vida, a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, inserido numa equipa multidisciplinar, torna-se fundamental no que concerne à prevenção de complicações, reeducação da função deglutição, e capacitação da pessoa. Na prática clínica, verificou-se que uma avaliação precoce reduz consideravelmente o risco de aspiração e complicações associadas. Além disso, a implementação de programas de Enfermagem de Reabilitação a pessoas com alteração da deglutição promoveu a melhoria desta função, maximizando o potencial e autonomia da pessoa.

Palavras-chave: Enfermagem em Reabilitação; Transtornos de Deglutição; Reabilitação.

Abstract

There is a high prevalence of swallowing disorders in both hospital settings and the community. The associated complications are diverse, leading to a significant increase in morbidity and mortality. Considering this topic as a personal area of interest and a current issue in healthcare, this internship report adopts a methodological approach of narrative literature review, depicting the most relevant aspects of the chosen theme, followed by an analysis of experiences encountered during the internship within the framework of Afaf Meleis' Theory of Transitions and the common and specific competencies of the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing.

Since swallowing is a complex and essential process throughout the life cycle, the intervention of the Nurse Specialist in Rehabilitation Nursing within a multidisciplinary team is fundamental for preventing complications, re-educating the swallowing function, and empowering the patient. In clinical practice, early assessment was found to considerably reduce the risk of aspiration and associated complications. Additionally, the implementation of Rehabilitation Nursing programs for individuals with swallowing disorders promoted the improvement of this function, maximizing the patient's potential and autonomy.

Keywords: Rehabilitation Nursing; Deglutition Disorders; Rehabilitation.

Índice

1. Introdução.....	8
2. Abordagem metodológica: revisão narrativa da literatura.....	12
3. Descrição e análise das aprendizagens e competências desenvolvidas	25
4. Avaliação.....	62
5. Considerações finais.....	64
6. Referências	67

Apêndices

Apêndice 1 - Estudo de caso realizado em contexto de Cardiologia

Apêndice 2 - Estudo de caso realizado em contexto de Neurologia

Apêndice 3 – Relatório de Estágio realizado no âmbito da Unidade Curricular Estágio de Enfermagem de Reabilitação em Contexto Orto Traumatológico, Reumatológico e na Comunidade

1. Introdução

O presente relatório surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, lecionada no 3º semestre do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação (CMER) da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, e visa a descrição e análise das experiências vivenciadas em contexto de estágio à luz do conhecimento e competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER).

O Quadro Europeu de Qualificações define um conjunto de descritores (nível 7) que especificam os resultados da aprendizagem correspondentes às qualificações previstas para a atribuição do grau de mestre, nas categorias de conhecimentos, aptidões, e responsabilidade e autonomia. Neste sentido, o presente relatório irá refletir conhecimentos altamente especializados e aptidões que sustentam a capacidade de reflexão, bem como a consciência crítica das questões relativas aos conhecimentos na área de Enfermagem de Reabilitação, e nas suas interligações entre outras áreas relevantes (Jornal Oficial da União Europeia, 2017).

O relatório tem, assim, como finalidade, a análise das competências desenvolvidas nos diferentes contextos de estágio considerando as diversas áreas de conhecimento pertinentes para a prática profissional do EEER, o referencial teórico escolhido para sustentar a sua intervenção e a sua articulação com as dimensões do Quadro Europeu de Qualificações que se constituem necessários para a atribuição do grau de mestre.

Engloba ainda uma abordagem metodológica sobre uma temática escolhida previamente à realização do mesmo. A área problemática desenvolvida e aplicada na prática foi a Pessoa com a Deglutição Comprometida, que remeteu ao título “Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa com alteração da deglutição”. Este tema constitui-se um grande interesse pessoal, dado que, ao trabalhar num serviço de internamento médico, são diversas as vezes em que são prestados cuidados a pessoas com alteração da deglutição estando associada a patologias diferentes. Assim, foi sentida a necessidade em aprofundar o conhecimento sobre a intervenção do EEER neste relatório, com a realização de uma revisão narrativa de literatura sobre esta temática, uma vez que também se constitui uma

área de investigação prioritária em Enfermagem de Reabilitação para 2015-2025 (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

No que concerne às alterações da deglutição, nomeadamente a disfagia, apresenta uma elevada taxa de prevalência, tanto em contexto de internamento hospitalar como na comunidade. Relativamente às pessoas idosas, a prevalência da disfagia é de 23% nas pessoas independentes nas atividades de vida diária (AVD), e 51% em pessoas institucionalizadas. Esta percentagem pode aumentar até 84% em caso de pessoas com síndrome demencial (Baijens et al., 2016). A realidade da disfagia na população portuguesa também é uma preocupação, uma vez que a prevalência da disfagia em idosos institucionalizados é de 60,22% (Ferreira, Fernandes, & Oliveira, 2022).

As complicações associadas à disfagia são diversas, desde o aumento do risco de aspiração, pneumonia por aspiração e desnutrição, ao aumento da morbilidade e mortalidade (Azer, Kanugula, & Kshirsagar, 2023). A avaliação rigorosa da deglutição pelo EEER é crucial para o desenvolvimento de um plano de intervenção individualizado e completo, tendo em conta as limitações identificadas. Uma avaliação precoce pode reduzir significativamente o risco de aspiração e complicações associadas à disfagia (Dziewas et al., 2021; Oliveira et al., 2021).

A reeducação da deglutição é um processo complexo e muitas vezes demorado, o que requer a colaboração e articulação de outros elementos da equipa multidisciplinar (Braga, 2016b). O EEER, inserido na equipa multidisciplinar, demonstra ser uma mais-valia na sua intervenção à pessoa com a deglutição comprometida, tanto na melhoria da função, como na capacitação da pessoa e na orientação da sua prática para a promoção da saúde e prevenção de complicações (Moreira et al., 2021). Verificou-se, de uma forma geral e baseada na evidência, a melhoria da qualidade de vida das pessoas com disfagia após a intervenção do EEER (Jongprasitkul & kitisomprayoonkul, 2020).

Apesar de já existirem algumas diretrizes para o tratamento e processo de reabilitação para as pessoas com disfagia, ainda existe um caminho a percorrer no que concerne à consciencialização das equipas de saúde sobre este assunto, bem como estudos

que retratem a realidade da disfagia em Portugal, de forma a delinear planos de ação em saúde, envolvendo não só EEER como a restante equipa multidisciplinar.

A elaboração deste relatório tem como enquadramento conceptual a Teoria das Transições de Afaf Meleis, que sustentou também a intervenção do EEER em todos os contextos de estágio. O referencial teórico escolhido auxilia o enfermeiro especialista a compreender não só a pessoa, mas também a sua família, nos diversos processos de transição vivenciados ao longo da vida com objetivo de torná-los o mais saudável possível. Desta forma, maximiza o potencial, o conhecimento e as capacidades da pessoa e família, que vai ao encontro das competências específicas do EEER (Regulamento n.º 392/2019, 2019; Silva, et al., 2019).

De acordo com Afaf Meleis (2010), existem duas partes principais na teoria das transições: a intervenção do enfermeiro para facilitar a transição e promover o bem-estar e o domínio das mudanças que resultam da transição; e a compreensão da própria experiência da transição, que é definida como a experiência de perdas e ganhos, mudanças e transformações, e passagem de um estado para o outro. A autora considera ainda que as transições saudáveis não são julgadas apenas pelo resultado, mas também por todo o processo vivenciado (Meleis, 2010). A visão da prática de Enfermagem tendo como base a teoria das transições e o seu contributo para os cuidados, foi uma mais-valia para o meu percurso académico e profissional, e será também uma base importante da construção do presente relatório.

Foi elaborado um conjunto de objetivos a atingir ao longo do estágio, que visaram o desenvolvimento de competências comuns e específicas do EEER, e, de forma mais aprofundada, o desenvolvimento de competências específicas na área da pessoa com alteração da deglutição. Os objetivos gerais são desenvolver competências como Enfermeira de Reabilitação no cuidado à pessoa com alteração da deglutição, e desenvolver competências como Enfermeira de Reabilitação no cuidado à pessoa com alteração das funções cognitivas, sensoriomotora, cardiorrespiratória, eliminação e sexualidade.

Como objetivos específicos, pretende-se desenvolver competências na avaliação da deglutição, intervir na reeducação da função deglutição, compreender o risco de alteração da funcionalidade e capacidade funcional da pessoa nas suas atividades de vida diária (AVD) e implementar programas de reabilitação promovendo um processo de transição saudável. Neste sentido, todas as atividades planeadas e realizadas ao longo do estágio tiveram como foco o desenvolvimento dos objetivos descritos.

A realização do estágio teve início no contexto cardiorrespiratório, num serviço de Cardiologia, onde foram realizadas um total de 179,5h de estágio. Seguiu-se, então, o estágio em contexto neurológico numa unidade cerebrovascular de um hospital de referência, tendo sido realizadas um total de 245h de estágio neste contexto. Dentro do contexto neurológico, foi ainda possível a realização de dois estágios de observação participativa em contextos de pediatria e unidade de média duração e reabilitação, num total de 4 semanas.

O presente relatório irá ter a seguinte estrutura: introdução, onde é realizada uma breve contextualização dos objetivos propostos, do referencial teórico escolhido para o enquadramento conceptual, da área problemática a desenvolver na abordagem metodológica e dos contextos de estágio; a descrição e análise das competências desenvolvidas, com base nas experiências vivenciadas em contexto de estágio; a avaliação, onde consta uma análise do percurso realizado em estágio; e, por fim, as considerações finais, onde se insere o balanço geral do trabalho realizado, com as perspetivas para o futuro.

Ao longo do estágio foram realizados dois estudos de caso, um em contexto de cardiologia e outro em contexto de neurologia, que se encontram em apêndice (1 e 2, respetivamente). Em apêndice 3 encontra-se o relatório de estágio realizado no âmbito da Unidade Curricular Estágio de Enfermagem de Reabilitação em Contexto Orto Traumatológico, Reumatológico e na Comunidade, que deu início ao desenvolvimento de competências como EEER em contexto de estágio, no 2º semestre do CMER.

O relatório foi elaborado de acordo com os padrões do guia orientador da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, e referenciado de acordo com a norma de referência APA 7ª edição.

2. Abordagem metodológica: revisão narrativa da literatura

Neste capítulo, será realizada uma revisão narrativa da literatura sobre a temática escolhida, os Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa com alteração da deglutição, que irá abranger diversos assuntos relacionados com o tema, bem como resultados de investigação relevantes. A síntese de evidência permite também a identificação de lacunas na análise realizada, e ainda a identificação de conhecimentos que requerem mais investigação (Booth et al., 2016).

O EEER suporta a sua prática clínica em evidência científica, tornando-se um agente ativo no campo da investigação, e, além disso, também se encontra previsto a nível do Quadro Europeu de Qualificações, relativamente ao conhecimento, a existência de uma base de desenvolvimento em contexto de investigação, para a atribuição do grau de mestre, reforçando assim a relevância e pertinência desta abordagem metodológica (Jornal Oficial da União Europeia, 2017; Regulamento n.º 140/2019, 2019).

A pesquisa realizada teve como base livros e artigos de investigação científica encontrados nas bases de dados *CINAHL Complete*, *MEDLINE Complete* e *PubMed*, de forma a realizar o enquadramento do tema. Foram pesquisados nas bases de dados artigos publicados de 2013 até à atualidade, nas línguas inglesa e portuguesa, com foco em estudos quantitativos e qualitativos que refletem os benefícios da intervenção do EEER a pessoas adultas e idosas com alterações da deglutição. Foram também considerados para o enquadramento do tema estudos de prevalência e estudos que retratam o impacto das alterações da deglutição na qualidade de vida das pessoas. Ao longo da pesquisa foram utilizadas as seguintes palavras-chave: *swallowing disorders; rehabilitation nursing; dysphagia; rehabilitation*.

Ao realizar o enquadramento do tema, importa definir alguns conceitos relevantes e relacionados com a deglutição, que consiste num processo complexo e essencial durante todo o ciclo de vida. Não só é essencial para a existência, mas também tem um papel importante na felicidade e socialização, pelo que, quando se encontra alterada, necessita de uma abordagem multidimensional (Baijens, et al., 2016).

A deglutição, de uma forma geral, encontra-se dividida em quatro fases: a fase oral preparatória, a fase oral, a fase faríngea e a fase esofágica (Yamada's Handbook of Gastroenterology, 2013).

A fase oral preparatória, que é voluntária, inclui a preparação durante o qual o alimento se torna em bolo alimentar. Segue-se a fase oral, também voluntária, durante a qual o bolo é empurrado para a faringe pela língua, dando início à fase faríngea. Nesta fase involuntária, a língua impulsiona o bolo alimentar posteriormente e a base da língua entra em contato com a parede posterior da faringe, iniciando uma ação reflexa. O palato mole eleva-se para prevenir o refluxo nasal. A musculatura constritora da faringe contrai-se para empurrar o bolo alimentar através da faringe. A epiglote inverte-se para cobrir a laringe e as pregas vocais aduzem para evitar aspiração. Já na fase esofágica, o bolo alimentar progride através do esfíncter esofágico superior, seguido por uma contração peristáltica que limpa os resíduos da faringe e através do esófago. O esfíncter esofágico inferior relaxa à medida que o alimento entra no esófago e permanece relaxado até que a contração peristáltica entregue o bolo alimentar ao estômago (Kasper et al., 2015).

A musculatura da cavidade oral, faringe, esfíncter esofágico superior e esófago cervical é estriada e innervada diretamente pelos neurónios motores inferiores transportados pelos nervos cranianos. Os músculos da cavidade oral são innervados pelo V (trigêmeo) e VII (facial) nervos cranianos; a língua, pelo XII nervo craniano (hipoglosso). Os músculos faríngeos são innervados pelo IX (glossofaríngeo) e X (vago) nervos cranianos (Kasper et al., 2015). Uma vez que se constituem essenciais para o mecanismo da deglutição, torna-se imprescindível a avaliação dos pares cranianos envolvidos na deglutição na avaliação inicial realizada pelo EEER (Braga, 2016a).

A disfagia pode estar presente em qualquer uma das fases da deglutição acima descritas (Yamada's Handbook of Gastroenterology, 2013). É, assim, descrita como sendo a dificuldade em deglutir, diferenciando-se assim da odinofagia (dor ao deglutir) e da sensação globo caracterizada por um aperto na garganta que é temporariamente aliviada pela deglutição. A disfagia pode ser orofaríngea, que é desencadeada por distúrbios na fase oral preparatória, fase oral ou fase faríngea da deglutição, ou esofágica, caracterizada por

alterações na fase esofágica da deglutição (World Gastroenterology Organisation, 2014; Yamada's Handbook of Gastroenterology, 2013).

A disfagia orofaríngea caracteriza-se pela dificuldade em iniciar a deglutição, sendo a sua etiologia mais comum as alterações neuromusculares (Chilukuri, Odufalu, & Hachem, 2018; World Gastroenterology Organisation, 2014; Yamada's Handbook of Gastroenterology, 2013). Pessoas com disfagia orofaríngea geralmente manifestam tosse, sialorreia, regurgitação nasal, dificuldade para iniciar a deglutição ou necessidade de deglutir repetidamente para fazer progredir o bolo alimentar. Podem apresentar rouquidão ou outras alterações na voz, como a voz "molhada" (Wilkinson, Codipilly, & Wilfahrt, 2021).

A disfagia esofágica consiste na sensação de que os alimentos, sendo eles sólidos e/ou líquidos, estão retidos na transição da boca para o estômago, tendo como causas mais frequentes distúrbios esofágicos ou obstrutivos, doenças da mucosa (com estreitamento do esófago) e doenças neuromusculares que afetam a musculatura lisa e a enervação do esófago (World Gastroenterology Organisation, 2014; Yamada's Handbook of Gastroenterology, 2013).

As alterações no processo da deglutição também podem ocorrer com o envelhecimento, sendo este conceito denominado de presbifagia primária, onde se verifica o desenvolvimento de adaptações da pessoa idosa ao seu processo normal de alimentação, o que pode ser considerado um fator de pré-disposição para a disfagia orofaríngea (Acosta & Cardoso, 2013; World Gastroenterology Organisation, 2014).

Num estudo realizado em 2014 nos Estados Unidos, foi constatado que problemas associados à alteração da deglutição afetam 1 em cada 25 adultos por ano (Bhattacharyya, 2014). Além disso, estudos recentes comprovam a elevada prevalência da disfagia, não só em contexto de internamento em instituições de saúde, mas também na comunidade. De acordo com Baijens e seus colaboradores (2016), a prevalência da disfagia varia de 23% em idosos independentes nas AVD, para 51% em doentes institucionalizados e pode chegar até 84% em doentes com síndrome demencial (Baijens, et al., 2016).

Em estudos de investigação realizados em Portugal, apesar de se encontrarem em menor escala e com amostras relativamente pequenas, também se verificou uma elevada prevalência de disfagia orofaríngea, principalmente em estudos com população idosa residente em lares (Santos et al., 2021). Num estudo de prevalência da disfagia em idosos institucionalizados, realizado em Portugal, foi verificado que 60,22% dos idosos apresentavam disfagia (Ferreira, Fernandes, & Oliveira, 2022). Não obstante, outro estudo piloto realizado em contexto de internamento, comprovou que a prevalência da disfagia na população hospitalizada num serviço de Medicina Interna foi de 34% (Aguiar et al., 2023).

A obtenção de dados epidemiológicos abrangentes em escala mundial é desafiadora devido à variação na prevalência das doenças que causam disfagia em diferentes regiões. Portanto, apenas estimativas aproximadas podem ser feitas a nível global, considerando ainda que as taxas de prevalência variam conforme a faixa etária das pessoas (World Gastroenterology Organisation, 2014).

Neste sentido, quanto à etiologia da disfagia, Bhattacharyya (2014) destacou, que o acidente vascular cerebral (AVC) e as doenças neurológicas foram os mais mencionados no seu estudo, seguido da neoplasia da cabeça e pescoço (Bhattacharyya, 2014). Além disso, a prevalência de disfagia após AVC é de 42%, conforme observado por Banda e seus colaboradores (2022), com um risco aumentado associado ao AVC hemorrágico, histórico prévio de AVC e AVC isquémico ou hemorrágico grave (Banda, et al., 2022). Portanto, o AVC emerge como uma das causas neurológicas mais comuns da disfagia orofaríngea (Yamada's Handbook of Gastroenterology, 2013).

Relativamente às complicações relacionadas à disfagia, é importante destacar o aumento do risco de aspiração, pneumonia por aspiração, desnutrição, diminuição da qualidade de vida, prolongamento do tempo de internamento e aumento da morbidade e mortalidade (Azer, Kanugula, & Kshirsagar, 2023). A nível do internamento hospitalar, cerca de um em cada seis doentes desenvolveu complicações decorrentes desta alteração da deglutição no estudo realizado por Aguiar e seus colaboradores (Aguiar et al., 2023).

A respeito das consequências da disfagia para o aporte nutricional, Silva e colaboradores (2019) concluíram que as pessoas com disfagia correm risco de desnutrição, destacando também uma reduzida ingestão de líquidos nesse grupo de participantes. Foi observado ainda que a ingestão de calorias e proteínas foi menor nesse grupo (Silva, Lima, Cunha, & Orange, 2019). Leira e seus colaboradores (2023), também verificaram no estudo realizado uma clara relação entre a disfagia e baixo índice de massa corporal, desnutrição, perda involuntária de peso, problemas de saúde oral, desidratação e baixa ingestão de líquidos, comprometimento cognitivo, dependência funcional, fragilidade física e perda de força muscular (Leira et al., 2023). Estes aspetos constituem-se sinais de alerta que o EEER deve ter em conta numa fase precoce da sua intervenção, de forma a prevenir complicações derivadas das alterações da deglutição.

No contexto do impacto da disfagia na vida das pessoas, é comum a presença de sintomas clinicamente relevantes de ansiedade e/ou depressão. Um estudo conduzido por Verdonschot e colaboradores (2013) constatou que 37% da população estudada apresentava sintomas de ansiedade, enquanto 32,6% apresentava sintomas de depressão (Verdonschot, Baijens, Serroyen, Leue, & Kremer, 2013). Outro estudo realizado sobre o efeito da disfagia na qualidade de vida de pessoas após AVC revelou um impacto negativo significativo, com a qualidade de vida a diminuir à medida que a gravidade da disfagia aumentava. No entanto, a reabilitação direcionada para esta limitação funcional demonstrou melhorar a qualidade de vida, correlacionando-se com uma melhoria na função de deglutição (Al Rjooob, Hassan, Aziz, Zakaria, & Mustafar, 2022).

O impacto da disfagia não se limita apenas à pessoa que enfrenta esta alteração da deglutição, mas também afeta os membros da família que frequentemente assumem o papel de cuidadores informais. A família/cuidador pode ter diferentes perspetivas sobre o impacto da disfagia e sobre as prioridades da própria pessoa e família, pelo que estas questões devem ser exploradas pela equipa multidisciplinar, especialmente pelo EEER, a fim de intervir de forma mais direcionada e individualizada possível (Robinson, Coxon, McRae, & Calestani, 2022).

Em suma, os estudos realizados indicam uma alta prevalência de disfagia, particularmente orofaríngea, tanto em ambientes de cuidados de saúde quanto na comunidade. Destaca-se a grande quantidade de pessoas em risco de complicações devido à disfagia, o que resulta em uma diminuição da qualidade de vida (Rivelsrud, Hartelius, Bergstrom, Lovstad, & Speyer, 2023). O processo de reabilitação constitui-se fundamental para evitar complicações relacionadas com a disfagia, estabilizar o estado nutricional e diminuir o risco de aspiração (Frias et al., 2015).

Perante este cenário, enfatiza-se a importância da implementação de intervenções e estratégias eficazes para gerir as questões relacionadas com a disfagia (Ferreira, Fernandes, & Oliveira, 2022). Essas abordagens são fundamentais para reduzir custos públicos, hospitalizações, altas taxas de incapacidade, dependência, morbidade e até a mortalidade, especialmente na população idosa (Leira et al., 2023).

O EEER possui competências acrescidas e específicas que o permitem realizar uma intervenção complexa e individualizada na reeducação da deglutição, visando a realização de uma avaliação precoce de alterações e limitações funcionais, bem como proceder à implementação de intervenções que tenham como objetivo a melhoria da função deglutição, e a prevenção de complicações (Moreira et al., 2021; Pestana, 2016).

Neste sentido, para reeducar a função deglutição, a intervenção do EEER deve iniciar-se pela avaliação desta função para identificar possíveis alterações e limitações, de forma a estruturar um plano de cuidados de Enfermagem individualizado e complexo, que deve articular com a equipa multidisciplinar (Braga, 2016b).

Segundo Braga (2016a), a avaliação da deglutição pelo EEER, que consiste na avaliação da cavidade oral, avaliação dos pares cranianos envolvidos na deglutição e na deglutição em si, deve ser realizada antes da administração de qualquer alimento ou medicamento, também recomendado a nível de diversas diretrizes direcionadas para a disfagia pós-AVC a nível europeu (pela *European Stroke Organization* e *European Society for Swallowing Disorders*) e a nível nacional (Braga, 2016a; Dziewas et al., 2021; Oliveira et al., 2021).

A avaliação deverá decorrer na admissão da pessoa ao serviço, e complementada de forma regular tendo em conta o protocolo do serviço (Braga, 2016a). A evidência refere a necessidade de realização de uma avaliação/rastreio de disfagia o mais precocemente possível após a admissão, de forma a prevenir complicações, como a pneumonia por aspiração e diminuir o risco de mortalidade precoce (Dziewas et al., 2021).

Na avaliação da deglutição é essencial considerar diversos aspetos, sendo alguns deles a informação clínica disponível, a função cognitiva, a postura da pessoa na posição de sentado, o estado da mucosa oral, o estado nutricional, o tempo de início da deglutição após solicitação, a fase do ciclo respiratório em que ocorre a deglutição, o padrão respiratório, o reflexo e eficácia da tosse, a observação do movimento faríngeo aquando da deglutição da saliva e capacidade para deglutir a saliva e/ou secreções (Braga, 2016a).

Após cumprir os critérios de segurança na avaliação de deglutição sem alimentos, deve-se prosseguir para a avaliação com alimentos. Ao longo da avaliação com alimentos, o EEER deve observar possíveis sinais de alerta para aspiração ou disfagia, sendo alguns deles a tosse, regurgitação nasal, dispneia, sensação de engasgamento, ruídos respiratórios, lacrimejo, rubor facial, “fazer caretas” durante a alimentação, pigarrear após a deglutição, odinofagia, sensação de bolo ou nó na garganta, alteração da qualidade da voz, sialorreia, e presença de resíduos alimentares na boca após a deglutição. Não obstante, é ainda necessário considerar a ocorrência de uma aspiração silenciosa após a deglutição (Braga, 2016a).

A avaliação direta inicia-se, assim, através da administração de pequenas quantidades de água, considerando que, em caso de aspiração, a quantidade é reduzida e os seus resíduos são mais inócuos que os deixados por outros alimentos. Neste sentido, a avaliação inicia-se com a administração de 3 x 10ml de água, observando se a pessoa consegue deglutir e vigiando possíveis sinais de alerta. Deve-se progredir para 30-50ml de água diretamente do copo, e, após nova avaliação, pedir para beber a restante água do copo, preferencialmente cheio. O procedimento acima referido deve ser realizado para as diferentes consistências, utilizando um oxímetro durante a sua realização, uma vez que a

monitorização da saturação periférica de oxigénio pode ser útil ao longo da avaliação (Braga, 2016a).

Os minutos seguintes à avaliação são muito importantes, uma vez que posteriormente à avaliação direta podem surgir sinais de alerta para aspiração/disfagia (Braga, 2016a).

Para uma correta avaliação de todas as fases da deglutição, deve-se recorrer a outros exames complementares de diagnóstico, quando possível, sendo alguns deles a endoscopia alta, a videoendoscopia da deglutição e a manometria faringoesofágica de alta resolução. Todavia, o método de eleição é a videofluoroscopia, dado que permite a obtenção detalhada em vídeo dos mecanismos da deglutição (Braga, 2016a; World Gastroenterology Organisation, 2014).

Atualmente, existem diversos instrumentos de avaliação que permitem complementar a avaliação da deglutição realizada pelo EEER. A Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (MCEER) recomenda dois instrumentos de avaliação da deglutição validados em Portugal, sendo eles *Gugging Swallowing Screen* (GUSS) e a *The Toronto Bedside Swallowing Screening test* (TOR-BSST) (Ordem dos Enfermeiros, 2016).

Oliveira e seus colaboradores (2021) também recomendam que os protocolos de rastreio da disfagia utilizem instrumentos de avaliação validados, como é o caso da escala *de GUSS*, considerada adequada pelos autores devido às suas propriedades psicométricas comparativamente aos restantes instrumentos de avaliação disponíveis. Não obstante, e embora seja considerado um instrumento adequado pela maioria, alguns peritos poderão considerar a existência de algumas lacunas a colmatar. Consideram ainda que um único instrumento de avaliação poderá não ser adequado para todos os serviços de prática clínica por questões organizacionais, clínicas ou estruturais (Oliveira et al., 2021). Neste sentido, é imprescindível a realização de uma avaliação completa e rigorosa por parte do EEER.

A implementação de programas de reabilitação a nível das alterações da deglutição tem demonstrado melhorias significativas na qualidade de vida de pessoas com diferentes graus de incapacidade. Observa-se uma redução considerável na incidência de eventos

adversos, como pneumonias por aspiração, bem como uma diminuição no tempo de internamento hospitalar. Além disso, esses programas têm contribuído para uma redução na incapacidade funcional, resultando numa menor necessidade de internamento nas Unidades de Longa Duração e Manutenção da RNCCI após a alta hospitalar, como observado por Martins e seus colaboradores (Martins et al., 2023).

Assim, e no que concerne à reeducação da deglutição, o EEER deve proceder ao planeamento dos cuidados de Enfermagem com base na avaliação rigorosa realizada previamente. O treino da deglutição deve ser iniciado primeiramente por terapia indireta (com saliva) e só após a verificação dos critérios de segurança, deve ser realizado com alimentos (terapia direta) (Braga, 2016b).

A intervenção do EEER pode incluir diversas abordagens, como as técnicas posturais, exercícios de amplitude de movimentos e fortalecimento muscular, estimulação sensitiva, mudanças voluntárias da deglutição, alterações na dieta e cinesiterapia respiratória (Braga, 2016b):

- As técnicas posturais estão relacionadas com a postura da cabeça e do corpo em geral, e permitem que a gravidade e a mudança das dimensões faríngeas influenciem a maneira como o bolo alimentar se vai deslocar. As técnicas mais frequentes incluem a flexão, extensão, rotação, inclinação da cabeça e pescoço para determinadas direções (como por exemplo rotação cervical para o lado afetado e flexão lateral para o lado sã no caso de uma pessoa com AVC) e deitado (Braga, 2016b; Branco & Portinha, 2017). A flexão cervical, por exemplo, tem como objetivos facilitar o controlo do bolo alimentar, minimizar o atraso no reflexo da deglutição na fase oral e fase faríngea, e diminuir os resíduos na valécula na fase faríngea. Esta técnica está indicada para pessoas com dificuldade em controlar o bolo alimentar e o reflexo da deglutição, e em pessoas com reduzida proteção das vias aéreas (Branco & Portinha, 2017);

- Os exercícios destinados a aumentar a amplitude de movimento e fortalecer os músculos desempenham um papel crucial na melhoria da força e coordenação necessárias para uma deglutição adequada. Esses exercícios visam fortalecer várias estruturas

envolvidas no processo de deglutição, incluindo os lábios, língua, mandíbula, laringe e bochechas. É importante referir que os resultados podem variar e demorar cerca de uma a seis semanas a verificar melhorias perceptíveis, após o início do programa de reabilitação (Braga, 2016b);

- A estimulação sensitiva pode desempenhar um papel importante na melhoria da deglutição, uma vez que aumenta a perceção do bolo alimentar pela pessoa, diminuindo assim o risco de aspiração. Este tipo de estímulo pode ser alcançado através de alterações no sabor, volume e temperatura dos alimentos, bem como pela introdução de bebidas gaseificadas (Braga, 2016b);

- As manobras voluntárias de deglutição referem-se a ações executadas pela pessoa para promover mudanças nas estruturas envolvidas no processo de deglutição. Exemplos dessas manobras incluem a respiração supraglótica, a deglutição forçada, a manobra de *Mendelson* e a manobra de *Masako*. É importante destacar que, para a técnica da manobra de *Masako* em particular, é essencial que o indivíduo possua capacidade cognitiva para realizá-la, podendo ser praticada com ou sem a ingestão de alimentos (Braga, 2016b);

- A nível das alterações da dieta, é essencial considerar o tipo específico de alteração da deglutição, adaptando assim as diferentes consistências alimentares e as intervenções necessárias de acordo com cada caso (Braga, 2016b);

- Quanto à cinesioterapia respiratória, a sua implementação deve começar de forma preventiva, aplicando técnicas destinadas a melhorar a ventilação e o padrão respiratório, além de garantir a permeabilidade das vias aéreas. O ensino adequado da tosse também desempenha um papel fundamental na redução do risco de aspiração (Braga, 2016b);

As abordagens anteriormente descritas são suportadas pela evidência científica, onde Oliveira e seus colaboradores recomendam a realização de estratégias compensatórias com o objetivo de garantir a hidratação e nutrição adequadas e seguras (modificação das consistências dos alimentos, técnicas posturais e de deglutição) e de estratégias de reabilitação visando a recuperação da função da deglutição (exercícios de resistência e fortalecimento muscular) como componente do tratamento da disfagia (Oliveira et al., 2021).

Desta forma, a intervenção do EEER na reeducação da deglutição é sustentada na evidência atual, tendo em conta os benefícios para a pessoa.

É importante ressaltar que o processo de reeducação da deglutição é frequentemente demorado e complexo, e requer também a colaboração de outros profissionais da equipa multidisciplinar. Assim, deve ser vista como uma preparação para uma ingestão segura, pelo que pode não implicar que a pessoa se alimente pela via oral. Muitas vezes, as intervenções mais comumente realizadas são técnicas que não envolvem a ingestão de alimentos (Braga, 2016b). Posto isto, é frequente a reeducação da função deglutição em pessoas com sonda nasogástrica por apresentarem disfagia grave.

A nível das diretrizes da *European Stroke Organization* e da *European Society for Swallowing Disorders*, os autores recomendam a nutrição entérica precoce por sonda nasogástrica a pessoas com disfagia pós-AVC que tenham ingestão oral insuficiente (Dziewas et al., 2021). A sonda nasogástrica pode ser útil por curtos períodos para suporte nutricional em pessoas que não deglutem com segurança (Oliveira et al., 2021).

A avaliação detalhada da pessoa com alteração da deglutição permite determinar quais os problemas na anatomia e fisiologia orofaríngea, que podem ser de diferentes etiologias, e requerem uma abordagem individualizada pelas características únicas que de cada pessoa. O estabelecimento de objetivos específicos para cada pessoa e a elaboração de planos de reabilitação personalizados irão certamente proporcionar uma gestão mais eficaz da disfagia (Umay et al., 2021).

Atualmente, e relativamente à intervenção do EEER, alguns estudos têm corroborado a eficácia dos programas de reabilitação na área da reeducação da deglutição em indivíduos com alteração desta função.

Um estudo conduzido por Zeng e colaboradores (2021) investigou a intervenção do EEER na disfagia e na qualidade de vida de pessoas com neoplasia esofágica submetidos a radioterapia. O estudo implementou, entre outras abordagens, exercícios de amplitude de movimentos e fortalecimento muscular, além de mudanças voluntárias na deglutição com treino com alimentação direta. Os resultados demonstraram que, no grupo de intervenção,

houve menor incidência de lesões evidentes, complicações reduzidas, melhorias significativas na função deglutição, na capacidade para o autocuidado e na qualidade de vida dos participantes (Zeng, Li, Wang, & Zhu, 2021).

Em outro estudo, realizado com o objetivo de determinar a eficácia de um programa de reabilitação da deglutição em pessoa com AVC agudo e disfagia, foram realizados diversos exercícios, incluindo estimulação sensorial oromotora, manobra de *Mendelson*, técnicas posturais facilitadoras da deglutição, exercícios para amplitude de movimento e fortalecimento muscular, treino da tosse eficaz, entre outros. Os resultados indicaram uma melhoria significativa na função de deglutição após o programa, sem ocorrência de pneumonia por aspiração em nenhum participante. Além disso, 42% dos participantes conseguiram iniciar a alimentação oral sem a necessidade de manter a sonda para alimentação (Jongprasitkul & kitisomprayoonkul, 2020).

Por último, num estudo recente realizado numa unidade de AVC em Portugal, constatou uma recuperação da capacidade de deglutição de 40,4% das pessoas, após a implementação de um programa de reabilitação por uma equipa de EEER, que, entre outras intervenções, incluía a reeducação da função motora e estratégias compensatórias da deglutição (Sá et al., 2023). Os resultados obtidos neste estudo estão alinhados com a evidência científica, o que reforça uma vez mais a importância da intervenção do EEER na reeducação da deglutição.

Além de atuar na reeducação da função deglutição de forma a maximizar a capacidade funcional da pessoa, o EEER também deve responsabilizar-se por ser facilitador da aprendizagem em contexto de trabalho, identificando as necessidades de formação de forma a promover a melhoria contínua e segurança da pessoa alvo de cuidados (Regulamento n.º 140/2019, 2019). Neste sentido, e no que diz respeito às alterações da deglutição, torna-se importante a formação adequada dos membros da equipa multidisciplinar sobre procedimentos de rastreio e avaliação da disfagia e a atualização dos seus conhecimentos em momentos específicos da prática clínica (Dziewas et al., 2021).

Em suma, as alterações da deglutição constituem-se uma problemática atual que merece atenção por parte do EEER, não só pela sua elevada prevalência, mas também pelas limitações funcionais e impacto na qualidade de vida que podem causar. Assim, a atuação do EEER na avaliação e reeducação da deglutição traduz-se não só em ganhos em saúde como na prevenção de complicações decorrentes das alterações nesta função, tendo como objetivo a maximização do potencial da pessoa (Moreira et al., 2021).

3. Descrição e análise das aprendizagens e competências desenvolvidas

Neste capítulo vão ser descritas as atividades realizadas para o desenvolvimento de competências comuns e específicas do EEER, com recurso a uma análise que reflete a aplicação e integração de conhecimentos em Enfermagem de Reabilitação e a sua articulação com outras áreas de conhecimento relevantes, como previsto a nível do Quadro Europeu de Qualificações (Jornal Oficial da União Europeia, 2017).

Considerando os objetivos propostos pelo Regulamento de Competências, o EEER realiza, implementa e monitoriza planos de intervenção diferenciados, tendo como base problemas reais e potenciais das pessoas. O elevado nível de conhecimentos, experiência e complexidade de cuidados, permite ao EEER realizar tomadas de decisão relativamente à promoção da saúde, prevenção de complicações, tratamento e reabilitação, maximizando assim o potencial da pessoa. Neste sentido, a sua intervenção visa promover o diagnóstico precoce e ações preventivas, bem como assegurar a manutenção da capacidade funcional, prevenir complicações e evitar incapacidades (Regulamento n.º 392/2019, 2019).

O primeiro estágio foi realizado num serviço de cardiologia, composto por 12 camas de enfermaria, 6 camas de unidade de cuidados intermédios, 6 camas de internamentos de curta duração, para procedimentos programados, e uma sala de *pacing* e eletrofisiologia. A prestação de cuidados de Enfermagem de Reabilitação era assegurada por uma EEER a tempo inteiro, sendo a restante equipa multidisciplinar maioritariamente formada por médicos, fisioterapeuta, assistente social e serviço de dietética e nutrição.

Ao longo do estágio, os cuidados de Enfermagem de Reabilitação tiveram como foco, essencialmente, pessoas com alteração da função cardíaca, contudo, e considerando a prestação de cuidados de forma holística, todas as dimensões e limitações foram consideradas na avaliação, elaboração e implementação do plano de cuidados de Enfermagem de Reabilitação.

Os planos de cuidados de Enfermagem na visão holística, que se caracteriza pela multidimensionalidade da pessoa, respeitam a experiência da pessoa e a singularidade de

cada processo de cura. Segundo Mariano (2007), a mesma doença pode ter manifestações muito diferentes em diferentes pessoas, o que afirma a importância da realização de um plano de cuidados individualizado e centrado na pessoa e nas suas necessidades (Mariano, 2007).

A reabilitação cardíaca é uma estratégia eficaz de prevenção secundária para um dos principais encargos da doença e a principal causa de morte a nível mundial, nomeadamente as doenças cardiovasculares (Turk-Adawi et al., 2019). De uma forma geral, a reabilitação cardíaca consiste numa intervenção multidisciplinar que inclui a avaliação da pessoa, a gestão e controlo de fatores de risco cardiovasculares, o exercício físico, a promoção da atividade física, a educação para a saúde, a gestão psicossocial e apoio vocacional, constituindo-se assim numa intervenção complexa e adaptada às necessidades individuais das pessoas com doença cardíaca diagnosticada (Ambrosetti et al., 2021; Richardson et al., 2019).

A reabilitação cardíaca divide-se em 3 fases, sendo que este local de ensino clínico se enquadra na primeira fase, que corresponde ao período intra-hospitalar após um evento agudo. Os objetivos do programa de reabilitação intra-hospitalar prendem-se na otimização do regime farmacológico prescrito, a prevenção de sequelas da imobilização, a melhoria da capacidade funcional, a redução da ansiedade e fornecimento de apoio psicológico, a educação para a saúde no que diz respeito à doença cardíaca, tratamento e organização de cuidados, o controlo dos fatores de risco cardiovasculares, a referenciação para o programa de reabilitação cardíaca fase II, e a vigilância adicional da pessoa e a sua resposta ao exercício físico (Ordem dos Enfermeiros, 2020). Neste sentido, a intervenção do EEER teve como base os objetivos anteriores descritos ao longo da prestação de cuidados, acautelando as necessidades identificadas de cada pessoa.

De acordo com o Guia Orientador de Boa Prática em Enfermagem de Reabilitação Cardíaca (2020), cada sessão de treino intra-hospitalar deve incluir três etapas distintas: o início, o pico e o final do esforço. A primeira etapa prende-se na realização de alongamentos, exercícios respiratórios e exercícios isométricos ou mobilização musculo-articular, para aumento da tolerância ao esforço. A segunda etapa prevê a realização de exercícios aeróbios

em coordenação com as AVD, como por exemplo a higiene pessoal, a transferência, o levantar, o treino de marcha e o treino de escadas. Por último, a terceira etapa, prevê uma fase de relaxamento com redução gradual aos parâmetros vitais normais. O tipo de exercício, a intensidade e a duração variam de acordo com a área de intervenção (Ordem dos Enfermeiros, 2020).

A intervenção do EEER iniciou-se sempre pela avaliação da pessoa, que incluiu não só o exame físico/objetivo, a avaliação da capacidade funcional e limitações existentes em todas as dimensões, mas também a identificação dos fatores de risco cardiovasculares, a avaliação do risco cardiovascular e hábitos de vida, que permitiram uma intervenção precoce no que concerne ao conhecimento que a pessoa tem sobre a sua doença, e aos cuidados necessários para diminuir o risco cardiovascular e promover a adesão a hábitos de vida saudáveis.

O exame físico realizado incluiu componentes essenciais da avaliação da função respiratória, como a inspeção (que permite identificar sinais de dificuldade respiratória, observar o padrão ventilatório e possíveis alterações morfológicas do tórax), a palpação (para avaliação dos movimentos do tórax e posição da traqueia), a percussão (de forma a detetar alterações da densidade dos campos pulmonares) e a auscultação (que permite detetar alterações do murmúrio vesicular e sons respiratórios anormais), que se constituem etapas essenciais para a realização de uma avaliação rigorosa do EEER (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Outros elementos importantes também foram incluídos a nível do exame físico, tais como a avaliação da integridade cutânea (incluindo cicatrizes cirúrgicas), a avaliação do perímetro abdominal, a observação de edemas maleolares e o índice de massa corporal.

Na avaliação inicial, e de forma a proceder à identificação das limitações e incapacidades da pessoa como um todo, foi ainda realizada a avaliação neurológica da pessoa, constituindo-se pela avaliação do estado mental, da função cognitiva, da função motora, da função sensorial e dos pares cranianos.

No âmbito da avaliação do EEER, foram aplicados instrumentos de avaliação que serviram como suporte à sua tomada de decisão. No caso da pessoa com patologia cardíaca,

foram priorizados alguns instrumentos recomendados pelo Guia Orientador de Boa Prática em Enfermagem de Reabilitação Cardíaca (Ordem dos Enfermeiros, 2020), como o *Índice de Barthel* para avaliação do grau de dependência nas AVD, a Escala de Avaliação de Força Muscular *Medical Research Council* (MRC) e o *Teste de Marcha 6 minutos* para avaliação da capacidade funcional. Ainda na avaliação inicial e ao longo do plano de intervenção do EEER, outros instrumentos de avaliação foram considerados, como é o caso da *Escala de Borg*, que avalia a percepção subjetiva do esforço.

Toda a informação recolhida proveniente da avaliação direta do EEER, foi complementada pela avaliação dos parâmetros vitais, resultados analíticos relevantes e exames imagiológicos, como por exemplo raio x, tomografia computadorizada (TAC), ressonância magnética (RMN), ecografias, entre outros.

A avaliação inicial realizada encontra-se prevista a nível da competência J1, onde o EEER cuida de pessoas com necessidades especiais em todos os contextos da prática de cuidados, realçando a identificação das limitações da pessoa, a recolha de informação com complementar com recurso à aplicação de instrumentos de avaliação adequados e a avaliação da capacidade funcional por parte do EEER. Esta etapa constitui-se fundamental para conceber planos de intervenção adequados às necessidades previamente identificadas (Regulamento n.º 392/2019, 2019).

Não obstante, também foi necessária a realização de uma pesquisa aprofundada sobre os aspetos principais da reabilitação cardíaca, de forma a adequar a avaliação realizada à população-alvo, suportando a prática clínica do EEER em evidência científica como determinado a nível das competências do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

A identificação precoce dos problemas reais e potenciais da pessoa foi essencial para definir estratégias e intervenções juntamente com a pessoa e família, de forma a promover a autonomia e qualidade de vida. Todos os planos de cuidados concebidos tiveram como foco a capacitação da pessoa e família, em resposta ao bem-estar e melhoria da qualidade de vida, como previsto no enunciado descritivo Bem-estar e Autocuidado dos padrões de

qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Os planos de intervenção de Enfermagem de Reabilitação realizados tiveram como base tanto as etapas previamente descritas, e as indicações do Guia Orientador de Boa Prática em Enfermagem de Reabilitação Cardíaca relativamente ao tipo de patologia cardíaca que cada pessoa apresentava. A intervenção do EEER e a tomada de decisão inerente aos cuidados prestados, foram realizados em conjunto com a pessoa como referido anteriormente, promovendo sempre a proteção dos Direitos Humanos, como a autodeterminação e privacidade, bem como as crenças e valores da pessoa, como previsto no Código Deontológico do Enfermeiro e, conseqüentemente, nas competências comuns do Enfermeiro Especialista (Lei n.º 156/2015, 2015; Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Ao longo do estágio, foram prestados cuidados de Enfermagem de Reabilitação a pessoas com diferentes patologias cardíacas, sendo as mais comuns a doença cardíaca isquémica (enfarte agudo do miocárdio), a insuficiência cardíaca e as doenças valvulares, com ênfase na doença valvular aórtica.

Os programas de reabilitação cardíaca tiveram início assim que os critérios de segurança estivessem reunidos, e na ausência de sinais ou sintomas que comprometessem a estabilidade hemodinâmica após o evento agudo. Deste modo, foi adotada uma conduta antecipatória, garantindo a segurança da pessoa, como referido na competência A2 das competências comuns do Enfermeiro Especialista *“Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais”* (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4746). Foram considerados para início e progressão do exercício físico a ausência de dor isquémica durante 8h, a ausência de sinais de insuficiência cardíaca descompensada, a ausência de alterações de ritmo ou de eletrocardiograma (ECG) durante 8h, e ausência de elevação das enzimas (CK e troponina) (Ordem dos Enfermeiros, 2020).

Os diversos planos de intervenção foram adaptados às limitações de cada pessoa. No caso das pessoas com doença isquémica, por exemplo, e de uma forma geral, iniciaram-se pelo treino respiratório (como a dissociação dos tempos respiratórios e a respiração

abdomino-diafragmática) e reeducação da função cardíaca (que incluía mobilizações articulares passivas, ativas e ativo-assistidas na posição deitado, sentado e em ortostatismo, treino progressivo de AVD, como treino de marcha e de escadas, em associação com as técnicas de conservação de energia. Quando aplicável, realizado também treino de equilíbrio a pessoas com esta alteração da função motora). A progressão dos exercícios foi realizada de forma individualizada, e de forma a proporcionar benefícios à pessoa, aumentando a tolerância ao esforço.

Neste sentido, a elaboração de planos de intervenção a nível das AVD também foi um foco, utilizando produtos de apoio quando necessário e associado às limitações funcionais da função cardíaca, como previsto a nível da competência J2, do perfil de competências específicas do EEER (Regulamento n.º 392/2019, 2019)

Foram ainda realizadas diversas sessões de educação para a saúde, individuais e em grupo, que incluíram a abordagem da doença cardíaca isquémica e tratamento, os fatores de risco cardiovasculares, a atividade profissional, os sinais de alerta e aconselhamento sobre exercício físico após a alta, conforme recomendado no Guia Orientador de Boa Prática em Enfermagem de Reabilitação Cardíaca (Ordem dos Enfermeiros, 2020).

Relativamente às pessoas com insuficiência cardíaca, a intervenção do EEER também teve início com o treino respiratório, uma vez que corresponde a uma das tipologias de treino recomendada, principalmente em pessoas com insuficiência cardíaca mais descompensada, tendo como objetivo a diminuição do esforço da musculatura acessória (Ordem dos Enfermeiros, 2020). Os exercícios tiveram ênfase no ensino e treino da dissociação dos tempos respiratórios, respiração abdominodiafragmática, utilização do espirómetro de incentivo e ensino de técnicas de limpeza da via aérea, quando aplicável. A reeducação funcional cardíaca teve como base os exercícios musculo-articulares dos membros superiores e membros inferiores, bem como treino de AVD, treino de marcha e treino de escadas, sempre de forma progressiva e com objetivo de aumentar a tolerância ao esforço. Outros exercícios foram realizados, como é o caso dos exercícios resistidos, onde foi utilizado um cicloergómetro existente no serviço.

De acordo com a McDonagh e seus colaboradores (2021), existem diversas características e componentes importantes a ter em conta no programa de tratamento da insuficiência cardíaca, sendo dois deles o incentivar o envolvimento da pessoa e família na compreensão e gestão da doença e a educação para a saúde com ênfase no autocuidado e controlo de sintomas (McDonagh et al., 2021). Na publicação da *American Heart Association* (2022) sobre as diretrizes para o tratamento da insuficiência cardíaca, é referido de igual forma as componentes importantes de um plano de cuidados enquadrado no cuidado transicional, com vista à preparação para alta. Uma dessas componentes prende-se em reforçar a educação sobre insuficiência cardíaca e avaliar a adesão à terapêutica médica e modificações no estilo de vida, incluindo restrições alimentares e atividade física (Heidenreich et al., 2022).

Neste sentido, e no que concerne às sessões de educação para a saúde sobre insuficiência cardíaca, foi possível a sua realização tanto a nível do internamento como também nas consultas de insuficiência cardíaca na Unidade Integrada de Insuficiência Cardíaca e ainda no hospital de dia de Insuficiência Cardíaca. O procedimento encontra-se uniformizado nos três serviços, e consiste na entrega de um Guia do Utente com Insuficiência Cardíaca, que inclui informações sobre o que é a insuficiência cardíaca, as causas mais comuns, os sintomas mais frequentes para o qual a pessoa deve estar alerta, o controlo dos fatores de risco cardiovasculares, recomendações de estilo de vida saudável e o controlo da insuficiência cardíaca diariamente.

Assim, e tendo em conta as competências específicas do EEER, foi possível realizar sessões de treino com vista à promoção da saúde e à sua capacitação e autogestão, como previsto na competência J3 *“maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa”* (Regulamento n.º 392/2019, 2019, p. 13567).

Considerando os enunciados descritivos dos padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Reabilitação (2018), salienta-se o enunciado descritivo promoção da saúde, uma vez que o foco dos cuidados a nível da educação para a saúde tiveram em consideração intervenções específicas (nomeadamente a atividade e

exercício físico) a pessoas funcionalmente vulneráveis, de forma a alcançarem o máximo potencial em saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Em todos os programas de reabilitação realizados, e de acordo com as recomendações do Guia Orientador de Boa Prática em Enfermagem de Reabilitação Cardíaca (2020), houve uma vigilância acrescida no que concerne aos sinais de alarme que obrigam à interrupção do treino do treino com exercício físico, sendo eles o aumento da frequência cardíaca acima de 30 batimentos por minuto da frequência cardíaca inicial, o aumento da pressão arterial sistólica acima de 40 mmHg da pressão arterial sistólica inicial, a pressão arterial diastólica maior do que 110 mmHg, o decréscimo da pressão arterial sistólica acima de 10mmHg com a realização do exercício, a presença de disritmias auriculares ou ventriculares (com ou sem sintomas), bloqueio auriculoventricular de 2º ou 3º grau, e a presença de sinais/sintomas de intolerância ao exercício (dor isquémica, dispneia marcada e alterações do ECG sugestivas de isquémia) (Ordem dos Enfermeiros, 2020). Uma vez mais, a segurança dos programas e planos de reabilitação implementados foi garantida, conforme previsto na unidade competência J1.3 *“Implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, da eliminação e da sexualidade”* (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 13567).

Os programas de reabilitação realizados permitiram, assim, o desenvolvimento de competências específicas do EEER, maximizando a funcionalidade e desenvolvendo as competências da pessoa, como previsto na competência J3. Foram concebidos e implementados programas de treino motor, cardíaco e respiratório, procedendo sempre à sua reformulação em função dos resultados esperados. É de se salientar que os objetivos foram delineados com a pessoa e família, promovendo estratégias inovadoras de prevenção do risco clínico e ensinando sobre os critérios de segurança (Regulamento n.º 392/2019, 2019).

No que concerne ao Quadro Europeu de Qualificações, foi possível demonstrar conhecimentos e capacidade de reflexão sobre os temas relacionados com a reabilitação cardíaca, tendo a oportunidade de aprofundá-los ao longo do estágio (Jornal Oficial da União Europeia, 2017).

A nível dos padrões de qualidade dos cuidados especializados de Enfermagem de Reabilitação, encontra-se previsto a existência de um sistema de registos de Enfermagem que incorpore tanto os diagnósticos, como as intervenções e os resultados sensíveis às intervenções de Enfermagem de Reabilitação (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Não obstante, a documentação dos cuidados do EEER visa documentar os cuidados especializados prestados, precisar o contributo dos seus cuidados nos ganhos em saúde das pessoas e promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Neste sentido, e no que diz respeito aos Sistemas de Informação de Enfermagem (SIE), foi utilizado o *SCLínico* para a realização de registos de Enfermagem de Reabilitação, onde são realçados indicadores de Enfermagem que permitem produzir resultados e ganhos em saúde centrados na pessoa (Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, 2019). Neste sentido, os registos foram realizados de acordo com o padrão documental e core de indicadores previstos para os registos dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação.

O estudo de caso realizado neste contexto, que se encontra em apêndice 1, retrata o plano de intervenção de Enfermagem de Reabilitação de uma pessoa com o diagnóstico de estenose aórtica grave, proposto para intervenção cirúrgica noutra hospital de referência. Neste sentido, foi possível realizar um plano de cuidados a nível do pré-operatório e pós-operatório, uma vez que teria de retornar ao serviço de origem para a colocação de um *pacemaker*, constituindo-se assim numa grande oportunidade de aprendizagem de prestação de cuidados de Enfermagem de Reabilitação após uma cirurgia cardíaca.

A nível dos cuidados do EEER no pré-operatório, e tendo em vista a diminuição da morbilidade e mortalidade das pessoas submetidas a cirurgia cardíaca, os programas de reabilitação respiratória têm sido utilizados, de forma preventiva, de forma a reduzir o risco de complicações da função respiratória (Ordem dos Enfermeiros, 2020). A prevenção de complicações também se traduz num dos enunciados descritivos dos padrões de qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação, onde se salienta uma identificação precoce do risco de alteração de funcionalidade por parte do EEER, e a prestação de cuidados especializados de alta complexidade com vista à redução desse esmo

risco (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Neste sentido, e após verificar a capacidade para melhorar o conhecimento e capacidade para otimizar a ventilação, foram realizados ensinamentos e treino do autocontrolo do padrão respiratório, do espirómetro de incentivo, das técnicas de posicionamento, das técnicas respiratórias para otimizar a ventilação e das técnicas de limpeza das vias aéreas.

Relativamente ao conhecimento sobre a intervenção cirúrgica e os cuidados inerentes, foram realizados ensinamentos sobre as condicionantes do procedimento cirúrgico (como a necessidade de anestesia e de ventilação mecânica invasiva; o risco de complicações pulmonares; as limitações do movimento após a esternotomia), treino da técnica do levantar no pós-operatório, ensinamentos sobre a importância e controlo dos fatores de risco cardiovasculares e o cumprimento do regime medicamentoso e, ainda, o ensinamento sobre os benefícios da adesão ao programa de reabilitação cardíaca a nível do pré e pós-operatório.

A pessoa foi transferida após uma semana do pós-operatório para o hospital de origem. Além de proceder a uma avaliação individualizada e adaptada às necessidades da pessoa, o EEER também reformula programas de treino motor, cardíaco e respiratório em função dos resultados esperados (Regulamento n.º 392/2019, 2019). Neste sentido, e após verificar uma alteração do estado de saúde, houve a necessidade de reformular o plano anteriormente realizado tendo em conta as necessidades atuais identificadas. Esta situação demonstra, uma vez mais, a importância do EEER e da sua capacidade de adaptação no que diz respeito aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação prestados. Os diagnósticos de *“ventilação, ineficaz”*, *“intolerância à atividade, presente”* e *“tecido cicatricial, não adequado”* foram levantados e permitiram desenvolver um conjunto de intervenções para dar resposta às necessidades identificadas.

O estudo de caso realizado reflete ainda a análise conceptual dos cuidados prestados à luz da *Teoria das Transições* de Afaf Meleis, servindo como exemplo de como o EEER interveio ao longo de todo o processo de reabilitação das pessoas alvo de cuidados de Enfermagem de Reabilitação.

Segundo Afaf Meleis (2010), um acontecimento na saúde da pessoa e da sua família ou cuidador, é considerado um fator que desencadeia uma mudança nas suas vidas. A forma como uma pessoa se vê previamente à mudança é alterada, surgindo a necessidade de experienciar um processo de transição. Assim, as transições a nível da saúde não podem contemplar apenas a pessoa como unidade isolada, mas também as mudanças na sua condição relativamente ao seu relacionamento numa rede com outras pessoas significativas (Meleis, 2010).

As transições constituem-se cada vez mais uma área de grande intervenção em Enfermagem. Uma dessas razões prende-se no facto dos enfermeiros despenderem muito tempo na prestação de cuidados a pessoas que estão a passar por uma ou mais mudanças nas suas vidas que afetam a sua saúde. Segundo Meleis (2010), os exemplos de transições que requerem mais atenção por parte dos enfermeiros são a transição de admissão hospitalar, a transição para a alta e a transição de reabilitação (Meleis, 2010).

Ao longo do processo de transição em saúde, emergem condições que podem ser inibidoras ou facilitadoras do processo, pelo que o EEER deve conhecer os fatores pessoais (como as crenças e atitudes, status socioeconómico, preparação e conhecimento), da comunidade e da sociedade (o apoio familiar e social, bem como os recursos disponíveis) dado que são fatores que podem requerer uma intervenção individualizada do enfermeiro, de forma que a transição seja vivenciada o mais saudável possível. A transição saudável tem em vista a reestruturação de uma nova identidade, o domínio de novas habilidades e a alteração dos próprios comportamentos (Meleis, 2010; Silva et al., 2019).

Não obstante, a intervenção do EEER deve ainda procurar gerar padrões de resposta adequadas tanto para a pessoa como para a família, no que concerne ao processo (sentir-se em interação com pessoas com a mesma situação, e/ou com os profissionais de saúde onde é desenvolvida uma relação de confiança), e no que diz respeito ao resultado (a maestria e a reformulação de uma nova identidade) (Silva et al., 2019).

Foi possível, ao longo do estágio, integrar o conhecimento teórico na prestação de cuidados, identificando a natureza da transição, as condicionantes da transição e os padrões

de resposta, que permitiram uma abordagem ainda mais individualizada e completa, adequando as intervenções terapêuticas de Enfermagem com o objetivo de proporcionar à pessoa um processo de transição o mais saudável possível.

Dando como exemplo o estudo de caso, inicialmente o Sr. J encontrava-se a vivenciar uma transição do tipo saúde/doença de padrão simples, onde a única condicionante dificultadora era a preparação e conhecimento sobre a cirurgia cardíaca, que foi trabalhada ao longo do plano de cuidados realizado. A nível do pós-operatório, surgiu uma nova condicionante dificultadora do processo de transição, um assunto pessoal que estava a incomodar o Sr. J, deixando-o muito ansioso e prejudicando o seu processo de reabilitação. Foram realizadas as intervenções necessárias pela equipa multidisciplinar para que esta condicionante fosse ultrapassada.

No final do programa de reabilitação, foi possível identificar alguns padrões de resposta no processo de transição do Sr. J, como o estar ligado à sua rede de apoio e o estar situado (pela capacidade de avaliar a qualidade das suas relações sociais e o seu benefício para a sua saúde). Ainda em desenvolvimento, salienta-se as estratégias de *coping*, por reconhecer a necessidade de mudança e a importância de desenvolver estratégias para lidar com a sua condição de saúde.

Neste sentido, nos planos de cuidados de EEER realizados ao longo do estágio, foram contempladas as terapêuticas de Enfermagem facilitadoras da transição, de forma a orientar a função dos processos corporais comprometidos, gerir as condições pessoais e condições externas à pessoa e família, gerir a sintomatologia, ensinar sobre estilos de vida e sobre estratégias adaptativas à nova condição de saúde, tendo como objetivo atingir um processo de transição saudável (Silva et al., 2019).

A intervenção do EEER no processo de transição saúde/doença também se encontra integrado no enunciado descritivo satisfação do cliente dos padrões de qualidade dos Cuidados Especializados de Enfermagem de Reabilitação, tal como o respeito pelas crenças, valores, vulnerabilidades e capacidades da pessoa na sua vivência do processo de reabilitação (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Ainda neste contexto de estágio foi realizado um jornal de aprendizagem, que permitiu realizar uma reflexão à luz do ciclo de *Gibbs*, sobre uma situação que tenha sido experienciada. Neste sentido, foi realizada uma reflexão sobre o caso de uma pessoa internada no serviço, com o diagnóstico de bloqueio auriculoventricular completo com colocação de *pacemaker*, com múltiplas comorbilidades, que teve o seu estado de saúde agravado de forma irreversível. Perante esta situação, a equipa multidisciplinar juntamente com a pessoa e família decidiram não proceder a medidas invasivas e privilegiar os cuidados de conforto, com o objetivo de aliviar o sofrimento da pessoa. Foi uma situação impactante, que permitiu refletir sobre qual seria o papel do EEER em cuidados de fim de vida.

O objetivo de cuidados propostos vai ao encontro da definição de cuidados paliativos, constituindo-se no cuidado holístico ativo de pessoas de todas as faixas etárias com sofrimento intenso relacionado com a saúde, que não pode ser aliviado sem intervenção profissional, comprometendo a integridade física, social, espiritual e/ou emocional (Radbruch et al., 2020).

Desta forma, a abordagem paliativa permite uma melhoria da qualidade de vida da pessoa e família quando enfrentam problemas inerentes a uma doença potencialmente fatal, como é o caso referido. A avaliação e gestão da dor, bem como outros problemas que possam existir, também é um dos objetivos propostos para a melhoria da qualidade de vida (Organização Mundial da Saúde, 2020).

O alívio do sofrimento, sendo um dos objetivos principais dos cuidados paliativos, requer uma especial atenção do EEER, que pode, com a sua intervenção, atingir este objetivo. Alguns dos benefícios da reabilitação prendem-se na redução da incapacidade através da maximização da capacidade funcional, independência física e também qualidade de vida (Braga, 2009; Minosso et al., 2016).

A nível da reformulação do plano de reabilitação realizado, foi tida em consideração a função respiratória comprometida, que causava dispneia mesmo em repouso. Neste sentido, foram realizados exercícios de reabilitação respiratória, como reeducação costal seletiva, técnicas de limpeza da via aérea e terapêutica de posição. Houve uma melhoria na

função respiratória após a intervenção. Importa referir que, a nível dos cuidados paliativos, a reabilitação tem benefícios comprovados no controlo da dispneia. Além disso, foram também realizadas mobilizações passivas para promover o alívio da dor de origem osteoarticular (Braga, 2009).

Os programas de reabilitação em cuidados paliativos contribuem ainda para a gestão das expectativas face ao agravamento da doença. Neste sentido, é necessário proceder à melhoria contínua dos cuidados prestados, tendo como base estudos que orientem o exercício profissional (Alves & Babo, 2021).

A nível da concretização dos programas de reabilitação cardíaca, respiratória e motora, o EEER pode deparar-se com situações de imprevisibilidade, complexidade e vulnerabilidade (Regulamento n.º 392/2019, 2019). Neste sentido, vale a pena relembrar alguns princípios éticos que nos permitem refletir sobre os cuidados prestados na prática profissional de Enfermagem, como é o caso do princípio da beneficência e não maleficência, onde a equipa deve prestar cuidados e realizar tratamentos adaptados à situação da pessoa e abster-se de tratamentos desproporcionados (Conselho da Europa, 2014). Realço, ainda, o princípio da vulnerabilidade humana, onde é enunciado que pessoas ou grupos particularmente vulneráveis devem ser protegidos, respeitando sempre a sua integridade pessoal (Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura, 2006). Ainda relativamente à vulnerabilidade, a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos considera as condições que, de uma forma direta ou indireta, afetam a capacidade da pessoa em viver de forma livre e exercer o seu direito à autodeterminação, como é o caso da pessoa referida neste caso (Paranhos et al., 2017).

Avaliando a intervenção realizada, considero que foi adequada para o estado clínico da pessoa, tendo como base os princípios anteriormente mencionados. Numa fase inicial, era possível questioná-lo sobre o seu consentimento para diversas intervenções. Também foi possível questionar se estaria confortável ou com dores, que foi essencial para conduzir a intervenção do EEER da melhor maneira, respeitando, assim, o seu direito à autodeterminação e integridade pessoal como previsto nas competências comuns do

enfermeiro especialista a nível do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Neste caso em específico, consegue-se retirar aspetos relevantes da intervenção do EEER. O facto de ter tido a oportunidade de acompanhar o caso desde o início, de ter realizado o programa de reabilitação adequado à situação da pessoa nos diferentes estados de saúde foi muito importante para prestar cuidados de qualidade e de acordo com as expectativas da pessoa e família. A adaptação contínua do plano de cuidados foi essencial para providenciar uma intervenção adequada às necessidades da pessoa, pelo que se constituiu num momento de aprendizagem e de desenvolvimento de competências, como é o caso da J1, onde prevê que o EEER cuide de pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida em todos os contextos da prática de cuidados (Regulamento n.º 392/2019, 2019).

Esta experiência permitiu também desenvolver aptidões especializadas de resolução de problemas em situações que exigem novas abordagens estratégicas, bem como desenvolvimento de consciência crítica de questões relacionadas com a tomada de decisão numa área e na sua interligação com outras, conforme previsto no Quadro Europeu de Qualificações (Jornal Oficial da União Europeia, 2017).

O estágio seguinte foi realizado em contexto neurológico, numa unidade cerebrovascular, de um hospital de referência, onde são prestados cuidados a pessoas com AVC em fase aguda, a pessoas para realização de procedimentos diagnósticos e pessoas com outras doenças cerebrovasculares.

O serviço é constituído por 9 camas de internamento, com 3 camas por enfermaria. Na equipa de Enfermagem estão integrados 6 enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação na prestação de cuidados. A restante equipa multidisciplinar é constituída maioritariamente por assistentes administrativos, médicos e assistentes operacionais, contando com a colaboração diária de uma médica fisiatra, uma equipa de fisioterapeutas, terapeutas da fala, terapeutas de saúde ocupacional e outras classes profissionais essenciais para a prática profissional neste contexto. O serviço é também responsável pela admissão e

avaliação de pessoas provenientes da Via Verde AVC acionada tanto pelo CODU, como a nível intra-hospitalar, extra-hospitalar na sua área geográfica correspondente.

As lesões neurológicas causadas pelo AVC são uma das principais causas de incapacidade em todo o mundo. Embora a mortalidade devido a este diagnóstico esteja a diminuir (em Portugal, apresentou uma descida de 16% de 2020 para 2021 de acordo com o Instituto Nacional de Estatística), o número de pessoas com limitações funcionais deverá aumentar nos próximos anos. Tendo em conta os seus benefícios, a reabilitação pós-AVC deve iniciar-se o mais cedo possível consoante a tolerância da pessoa, tendo uma abordagem multidisciplinar e holística, considerando a complexidade e individualidade da pessoa e das limitações/incapacidades que apresenta (Instituto Nacional de Estatística, 2023; Kane & Ward, 2021; Winstein et al., 2016).

As diretrizes publicadas pela *American Heart Association/American Stroke Association* sobre a reabilitação do adulto com AVC, referem que, idealmente, a equipa multidisciplinar é composta por diversos profissionais de saúde, incluindo o EEER (Winstein et al., 2016). A intervenção precoce do EEER na pessoa com AVC é essencial para melhorar a capacidade funcional, a autonomia e qualidade de vida, que se traduz em ganhos em saúde, minimizando assim as comorbilidades e aumentando a sua independência através da capacitação da pessoa e família (Pereira et al., 2022).

Outros estudos enfatizam a importância da intervenção do EEER no aumento dos ganhos em saúde, nomeadamente a nível da satisfação das pessoas relativamente aos cuidados prestados, que é um dos objetivos definidos no enunciado descritivo *Satisfação do Cliente*, previsto no Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação (Bao et al., 2023; Ordem dos Enfermeiros, 2018).

A prestação de cuidados de Enfermagem neste contexto centrou-se na pessoa com AVC, com diferentes défices neurológicos, que irá ser abordado e analisado ao longo da descrição das experiências vivenciadas.

De acordo com Menoita e seus colaboradores (2012), e considerando a individualização dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação, a avaliação neurológica é

essencial para o planeamento da intervenção do EEER (Menoita et al., 2012). Neste sentido, a avaliação inicial realizada neste contexto de estágio contemplou uma avaliação neurológica rigorosa, que foi implementada a todas as pessoas alvo de cuidados, independentemente do tipo de lesão neurológica existente. Efetuei a avaliação do estado mental (estado de consciência, estado de orientação), função cognitiva (atenção, memória, capacidades práticas, funções executivas, linguagem e comportamento), função motora (força muscular, tônus muscular, coordenação, equilíbrio e marcha), função sensorial, e avaliação dos pares cranianos.

Ainda na avaliação inicial, foi realizada a avaliação da deglutição com o objetivo de identificar precocemente possíveis alterações desta função, e intervir de modo a prevenir complicações. A avaliação da deglutição foi uma das intervenções mais desenvolvidas ao longo do estágio, indo ao encontro dos objetivos delineados inicialmente, uma vez que é realizada de forma rigorosa e consistente por todos os enfermeiros do serviço, o que permite uma atuação muito eficaz na identificação de alterações da deglutição numa fase aguda do AVC, atuando assim na prevenção de complicações como previsto no regulamento de competências específicas do EEER e nos padrões de qualidade dos cuidados especializados (Ordem dos Enfermeiros, 2018; Regulamento n.º 392/2019, 2019).

A escala de *GUSS* foi recentemente adicionada ao protocolo de avaliação da deglutição já existente neste contexto de estágio. Contudo, foram sentidas algumas limitações a nível da aplicação da escala de forma isolada, uma vez que não contempla alguns aspetos importantes a considerar na avaliação da deglutição, como a avaliação da cavidade oral, a maior parte dos pares cranianos envolvidos na deglutição, e alguns sinais de alerta para o risco de aspiração, como o lacrimejo. Neste sentido, e ao longo de toda a intervenção do EEER neste contexto, a avaliação da deglutição teve início com a avaliação indireta, que consistiu na avaliação da cavidade oral (observação das estruturas da orofaringe), avaliação dos pares cranianos envolvidos (sendo eles o V, VII, IX, X e XII pares cranianos) e a deglutição em si através da terapia indireta com saliva (Braga, 2016a).

Após realizar a avaliação indireta da deglutição, e após verificar o cumprimento dos critérios de segurança, prosseguia-se para a avaliação da deglutição através da aplicação da

escala de *GUSS*. Foram tidos em consideração todos os sinais de alerta para risco de aspiração, e interrompida a avaliação sempre que necessário, garantindo assim a segurança da pessoa.

O exame neurológico, sendo parte integrante do exame físico geral da pessoa e da anamnese, pode requerer a presença de uma pessoa de referência para reunir as informações relevantes, principalmente em casos de alterações do estado de consciência, alterações da linguagem e da cognição (Holanda & Meira, 2021; Menoita et al., 2012). Ao longo do estágio, nem sempre foi possível realizar a colheita de dados numa fase inicial do internamento com uma pessoa de referência, uma vez que a prestação de cuidados era realizada numa fase aguda do AVC, onde a pessoa significativa não estava presente, pelo que os restantes dados necessários eram colhidos à posteriori, através de um contacto telefónico ou pessoalmente.

Assim, e para obter uma colheita de dados completa, foram incluídos dados como os fatores de risco, antecedentes pessoais e familiares, história social, hábitos de vida anterior, condições habitacionais, a qualidade de vida afetada e as suas dimensões, entre outros (Menoita et al., 2012).

Foram aplicados diversos instrumentos de avaliação de forma a complementar a avaliação inicial anteriormente descrita, identificando as limitações funcionais existentes. Um dos instrumentos mais utilizados foi a *National Institutes of Health Stroke Scale* (NIHSS) para a avaliação quantitativa dos défices neurológicos decorrentes do AVC, utilizada de forma recorrente e consistente tanto pela equipa médica como pela equipa de Enfermagem, o que permitiu uma avaliação precisa da evolução dos défices neurológicos ao longo do internamento. Outros instrumentos foram aplicados, como a *Medical Research Council Scale* para avaliação da força muscular, a *escala de Ashworth Modificada* para a avaliação do tônus muscular, a escala de Berg para avaliação do equilíbrio, a *Functional Ambulation Categories (FAC)* para avaliação da marcha, o *Índice de Barthel* para a avaliação da independência nas AVD, e a *Escala de Morse* para a avaliação do risco de queda.

Neste sentido, foi avaliado o risco de alteração da funcionalidade e a capacidade funcional para a realização das AVD através da recolha de informação realizada, complementada com a aplicação de instrumentos de avaliação adequados, considerando ainda o impacto das alterações na qualidade de vida e bem-estar da pessoa e família. A recolha de informação permitiu ainda hierarquizar as principais prioridades de saúde e à formulação de programas de reabilitação juntamente com a pessoa, com vista à concretização do seu projeto de saúde, como previsto a nível das competências J1 e J2 do perfil de competências específicas do EEER (Regulamento n.º 392/2019, 2019).

O desenvolvimento de processos de reeducação funcional, incluindo a identificação de necessidades específicas da pessoa no âmbito da funcionalidade, a avaliação dos aspetos psicossociais e o planeamento com a pessoa do plano de intervenção e estratégias a implementar, vai ao encontro do enunciado descritivo reeducação funcional a nível dos padrões de qualidade dos cuidados especializados de Enfermagem de Reabilitação, demonstrando uma vez mais a responsabilidade sobre a melhoria contínua dos cuidados prestados (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Ao longo do estágio foram prestados cuidados de Enfermagem de Reabilitação a pessoas com AVC em diversos territórios cerebrais e de elevada complexidade, sendo o tipo de AVC mais comum durante a prestação de cuidados o AVC isquémico, a nível do território da artéria cerebral média (ACM).

A ACM é a artéria mais comum envolvida no acidente vascular cerebral agudo. Ramifica-se diretamente da artéria carótida interna e consiste em quatro ramos principais, M1, M2, M3 e M4, que fornecem aporte sanguíneo para partes dos lobos frontal, temporal e parietal do cérebro, bem como para estruturas mais profundas (Navarro-Orozco & Sánchez-Manso, 2023).

O AVC que envolve o território da ACM pode apresentar diversas manifestações clínicas, dependendo dos ramos e estruturas afetadas, tais como: hipostesia contralateral à lesão, dos membros inferiores, superiores e dois terços inferiores da face devido à necrose tecidual do córtex somatossensorial primário; hemiparésia contralateral à lesão dos

membros inferiores, superiores e face devido à necrose do córtex motor primário; e desvio ocular ipsilateral devido à isquémia da área 8 de *Brodmann* do córtex frontal, prejudicando a realização dos movimentos oculares, sintomas que são exacerbados pela hemianopsia homónima contralateral (Navarro-Orozco & Sánchez-Manso, 2023).

No caso de um AVC no hemisfério dominante do cérebro (na maioria das pessoas o esquerdo), resulta numa afasia de *Broca* se a divisão superior da ACM for afetada, e numa afasia de *Wernicke* ou de condução se a divisão inferior da ACM for afetada. Um AVC não dominante, mais comumente do lado direito, pode manifestar heminegligência, anosognosia, apraxia e negligência hemiespacial (Navarro-Orozco & Sánchez-Manso, 2023).

Não obstante, foram prestados cuidados de Enfermagem de Reabilitação a pessoas com AVC agudo noutros territórios cerebrais, como a nível da artéria cerebral anterior e posterior, da artéria basilar e artéria cerebelar superior. Um acidente vascular cerebral no território da artéria cerebelar superior, por exemplo, danifica principalmente o lobo anterior do cerebelo e resulta na síndrome motora cerebelar de ataxia da marcha, dismetria e disartria (Schmahmann, 2019). Neste sentido, foi possível observar as diversas manifestações clínicas das lesões decorrentes do AVC em diferentes territórios cerebrais, e interligar o conhecimento teórico que se revelou essencial para a individualização dos cuidados prestados pelo EEER.

Desenvolver e aprofundar conhecimentos na área de Enfermagem de outras disciplinas que contribuem para a prática especializada deverá acompanhar sempre a prática profissional do EEER, uma vez que se encontra previsto não só a nível das competências do Enfermeiro Especialista, mas também estão inerentes aos requisitos de atribuição do grau de mestre no Quadro Europeu de Qualificações (Jornal Oficial da União Europeia, 2017; Regulamento n.º 140/2019, 2019).

No que concerne aos planos de cuidados realizados, foram ao encontro das limitações funcionais existentes e necessidades identificadas da pessoa e, por isso, foram sempre individualizados e realizados sob uma perspetiva holística, como previsto a nível das competências J1 e J2 do perfil de competências do EEER (Regulamento n.º 392/2019, 2019).

Foram identificadas limitações funcionais majoritariamente a nível das funções motora, alimentação, sensorial e cognitiva. Devido à complexidade dos cuidados prestados, a abordagem das experiências vivenciadas irá ser mais aprofundada a nível da função motora e alimentação.

Relativamente à reabilitação funcional motora, e de uma forma geral, foram realizados exercícios para melhoria da força e tónus muscular (exercícios musculares e articulares passivos, ativos assistidos e ativos resistidos, na posição deitado, sentado e ortostática), e para prevenção da espasticidade. Além dos exercícios musculares e articulares, o treino e incentivo ao posicionamento em padrão antiespástico lado afetado/ lado não afetado/ dorsal também foi realizado, de forma a prevenir deformidades musculoesqueléticas, promover a estimulação sensorial e o reconhecimento/consciência do lado afetado (Araújo et al., 2021).

O treino de equilíbrio estático e dinâmico também se constituiu uma das componentes da reabilitação funcional motora, com exercícios de correção postural, de equilíbrio estático sentado com transferência de peso para os braços, de equilíbrio dinâmico sentado com carga no cotovelo/facilitação cruzada e com recurso a bola, de equilíbrio dinâmico em posição ortostática com alternância de carga nos membros inferiores, alternância unipodal, treino propriocetivo e contorno de obstáculos.

O treino de AVD com ênfase no autocuidado foi um dos objetivos propostos inicialmente nos diversos planos de reabilitação realizados em conjunto com a pessoa, por se tratar de atividades essenciais do dia-a-dia, e que poderiam ter um impacto significativo na vida das pessoas com limitações funcionais. A intervenção do EEER incluiu o treino e incentivo à adoção de estratégias progressivamente adaptadas para realizar o autocuidado, como o tomar banho, vestir/despir-se, incentivando sempre à utilização do membro afetado, com o objetivo de restaurar a função sensoriomotora (Araújo et al., 2021).

O treino de marcha também foi realizado, incidindo na correção postural e controlo da base de apoio, e com a implementação de um percurso traçado no chão com fita adesiva, para treinar o andar em linha reta, promovendo também a melhoria do equilíbrio dinâmico

e coordenação. O treino de marcha foi realizado diversas vezes e com aumento progressivo das distâncias, progredindo para treino de escadas quando verificada uma melhoria da capacidade funcional.

No que concerne à função alimentação, foram prestados cuidados de Enfermagem de Reabilitação a pessoas com alteração da deglutição, constituindo-se uma das áreas mais desenvolvidas ao longo do estágio neste contexto. A intervenção nesta função tem início numa fase muito precoce do AVC agudo, numa primeira avaliação aquando da admissão da pessoa na unidade de AVC. Esta primeira avaliação é de extrema importância, uma vez que é sempre realizada antes de qualquer ingestão via oral, o que permite a identificação de sinais de alerta de disfagia, prevenindo assim a pneumonia por aspiração, que se constitui uma das principais complicações associadas à disfagia, e garantido também o aporte nutricional adequado.

A nível do protocolo do serviço, a sonda nasogástrica constituiu-se numa alternativa para manter o aporte nutricional adequado e diminuir o risco de aspiração em pessoas com alteração significativa da deglutição numa fase aguda do AVC, e deve ser adotada precocemente, como referido no estudo de Cavalcante e seus colaboradores (Cavalcante et al., 2014).

Considerando a reeducação da função deglutição um dos grandes focos do EEER neste contexto, foram realizados exercícios de fortalecimento muscular oro-faciais (exercícios de resistência muscular da língua, dos lábios, do palato mole, da mobilidade laríngea e movimentação do bolo alimentar; e deglutição forçada), ensino e treino de estratégias compensatórias (posturais, como a flexão anterior do pescoço; sensoriais, como o frio; e de consistência), ensino e treino de técnicas de deglutição (como a manobra de deglutição dupla e deglutição forçada) e planeamento da dieta com a pessoa.

A monitorização da deglutição realizada uma vez por turno e sempre que necessário foi essencial para a identificação de sinais de alerta numa fase aguda do AVC. A realização de exercícios com a utilização do espelho e por métodos demonstrativos também foi uma mais-valia no programa de reabilitação para esta função. A intervenção do EEER também incluiu o

ensino a equipamentos adaptativos, como é o caso do copo *nosey*, de forma a evitar a extensão cervical.

Além das intervenções mencionadas anteriormente, o ensino à pessoa sobre os riscos associados à alteração da deglutição também foi um foco de atenção na intervenção do EEER. A necessidade de realizar uma dieta de consistência adaptada nem sempre é bem aceite pelas pessoas com disfagia numa fase aguda do AVC, principalmente no que diz respeito à ingestão de líquidos com espessante, pelo que a intervenção do EEER neste sentido incentivou a consciencialização e a adesão das pessoas ao programa de reabilitação.

Salienta-se ainda a importância de um ambiente calmo e livre de distrações durante a alimentação e treino da deglutição a pessoas com alterações cognitivas, hemianopsia homónima ou negligência unilateral, devido à sensibilidade aos fatores ambientais (Araújo et al., 2021). Ao longo do estágio, foram tidas em consideração estas recomendações, de forma a garantir a segurança e o sucesso do programa de reabilitação.

Todos os planos de cuidados realizados em conjunto com a pessoa permitiram o desenvolvimento de processos de adaptação eficazes aos problemas de saúde identificados. Além da promoção da independência, a promoção da autonomia também foi um foco dos cuidados prestados, pelo que foi possível a realização de ensinamentos com o objetivo de capacitar a pessoa na sua tomada de decisão, e definir estratégias para o alcance de um equilíbrio e bem-estar, dentro das limitações existentes, como previsto no enunciado descritivo readaptação funcional dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação (Regulamento n.º 392/2019, 2019).

O estudo de caso realizado, que se encontra em apêndice 2, espelhou a intervenção do EEER ao longo do estágio, onde contempla uma avaliação individualizada da pessoa, o planeamento das intervenções tendo em conta as limitações existentes, a implementação das intervenções e a avaliação dos resultados obtidos, conforme previsto nas competências específicas do EEER (Regulamento n.º 392/2019, 2019).

O estudo de caso retratou a situação de saúde da Srª Dª A.R, 29 anos, com o diagnóstico de AVC isquémico do segmento M1 da ACM esquerda, do qual resultaram défices

neurológicos, com ênfase na função cognitiva (alterações a nível das funções executivas e linguagem, uma vez que se encontrava em mutismo com emissão de sons ininteligíveis) e deglutição. Foi elaborado um programa de reabilitação tendo em conta as limitações funcionais existentes, tendo sido verificado uma melhoria dos défices que apresentava inicialmente.

No que concerne à função cognitiva, houve uma melhoria das funções executivas (a nível do planeamento e organização) através do treino de AVD e fichas de exercícios de treino cognitivo (com ênfase nas funções executivas e linguagem). Quanto à comunicação verbal, manteve a emissão de sons ininteligíveis, contudo, apresentou mais tentativas de comunicação verbal e estratégias para comunicar com a equipa, sendo a estratégia preferencial a escrita.

Relativamente à deglutição, a Sr^a D^a A.R apresentava uma alteração da deglutição com necessidade de sonda nasogástrica, também devido à apraxia oro-facial que apresentava. Na avaliação dos resultados, houve uma melhoria desta função devido à intervenção do EEER, tendo sido possível a remoção da sonda nasogástrica no tempo adequado e cumprindo os critérios de segurança, obtendo à posteriori a pontuação 19 na escala de *GUSS* (que indica disfagia ligeira – deglutição de sólidos demorada).

Este caso em específico foi muito relevante para a minha aprendizagem, uma vez que também permitiu a participação na tomada de decisão em equipa multidisciplinar sobre o início da alimentação via oral, onde ficou claro a posição e conhecimento altamente especializado da equipa de Enfermagem de Reabilitação na avaliação e reeducação da função deglutição, ao deparar-se com um início precoce da alimentação via oral, colocando a pessoa em risco acrescido de aspiração. A atuação do EEER neste sentido passou por apresentar a avaliação da deglutição realizada, e continuar a cumprir de forma rigorosa os critérios de segurança na avaliação direta e indireta da deglutição, protelando assim o início da alimentação via oral com base na avaliação realizada.

As alterações identificadas na avaliação da deglutição realizada pelo EEER estavam relacionadas com as estruturas da orofaringe, sendo evidente a ausência de elevação do véu

do palato bilateralmente, úvula hipotônica e estase salivar. Realça-se ainda a ausência de reflexo velopalatino, e dificuldade na realização de alguns movimentos da língua. Estas características não se encontram contempladas no instrumento de avaliação utilizado, o que torna necessário a realização de uma avaliação mais completa. O EEER deve, assim, aprofundar o seu conhecimento e aplicar instrumentos de avaliação como uma ferramenta complementar, realizando uma avaliação o mais completa e individualizada possível, visando a prestação de cuidados de Enfermagem de Reabilitação com qualidade e segurança.

Assim, o EEER além de colaborar nas decisões da equipa de saúde, revelou conhecimentos na prestação de cuidados especializados, seguros e competentes, baseando a sua praxis clínica especializada em evidência científica, como previsto no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, das competências comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

As pessoas com AVC experienciam diversos acontecimentos ao longo do seu processo de transição, cujo a sua análise torna-se relevante para a melhoria dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação prestados. No estudo de Faria e seus colaboradores (2016), que visa a descrição e identificação de acontecimentos significativos do percurso da pessoa com AVC numa fase aguda, foram manifestadas relativamente ao processo de transição: a consciência da mudança; a verificação de mudanças e diferenças na vida pessoal, familiar e profissional; e o envolvimento no processo de reabilitação (Faria et al., 2017).

Foram referidas algumas condições facilitadoras da transição, como a melhoria clínica, o bom relacionamento com os profissionais de saúde, principalmente os enfermeiros e o apoio dos familiares, e outras dificultadoras, como o estar longe de casa, a sensação de limitações psicológicas, as limitações decorrentes do AVC e as dificuldades sentidas para se adaptar às novas condições. Quanto aos padrões de resposta, alguns dos indicadores de processo referidos foram sentimentos positivos e negativos, interação com profissionais de saúde, o regresso a casa e a previsão de dificuldades no futuro. Os indicadores de resultados basearam-se na aquisição de novas competências a nível da função motora e sensorial, na atribuição de sentido à vida após a doença e na consciência das mudanças na vida familiar, social e profissional (Faria et al., 2017).

O estudo de caso realizado, que retrata a prestação de cuidados realizada ao longo do estágio, foi analisado à luz da *Teoria de Transições* de Afaf Meleis, onde se verificou um processo de transição do tipo saúde/doença, tendo como evento crítico os défices neurológicos decorrentes do AVC, sendo a mais impactante a alteração da linguagem que apresentava. Não estando numa procura ativa de informação numa fase inicial, o processo de transição foi dificultado essencialmente pela falta de preparação e conhecimento, sendo o foco inicial os défices neurológicos que apresentava.

Relativamente aos padrões de resposta desenvolvidos ao longo do internamento, a Sr^a D^a A.R, e apesar de se encontrar numa fase aguda do AVC, foi possível identificar alguns indicadores de processo, tais como o estar ligada e interagir com a rede de apoio e profissionais de saúde, e o desenvolvimento de confiança ao longo do internamento para lidar com a nova situação de saúde. A nível dos indicadores de resultado, foram adquiridas algumas estratégias de *coping* com o desenvolvimento de estratégias e conhecimento (como por exemplo, relativamente às AVD), contudo, reconhece o caminho a percorrer e a necessidade de adquirir novas competências e reformular a sua identidade.

A intervenção do EEER no processo de transição é essencial, dado que promove o máximo de independência possível, sem substituir a pessoa nas atividades em que se encontra. Promove a autonomia e a adaptação da pessoa e família ao meio externo, eliminando barreiras à satisfação das necessidades e mobilizando recursos comunitários para efeitos de reintegração no meio social, económico e cultural (Faria et al., 2017).

No decorrer do estágio, além da identificação de barreiras arquitetónicas e ensinos para a promoção de um ambiente seguro no domicílio, foram identificadas situações que dificultaram o regresso a casa após a alta, como por exemplo, situações em que era necessária supervisão a nível das AVD a pessoas sem rede de apoio, e até a necessidade de integrar programas de reabilitação de forma a maximizar a capacidade funcional, a pessoas sem condições para se deslocarem a um centro de reabilitação.

A intervenção do EEER procurou sempre a melhor decisão para a pessoa alvo de cuidados, em conjunto com a mesma e com a família, dando o seu contributo para a tomada

de decisão em equipa multidisciplinar. O fornecimento de informação sobre as opções de apoio domiciliário e da referenciação para unidades da RNCCI foram dois exemplos de tomada de decisão, valorizando as preferências e a autodeterminação da pessoa em todo o processo.

Neste sentido, o EEER teve como foco a preparação da pessoa e família para o regresso a casa, bem como a referenciação para a comunidade ou outra instituição que promova a continuidade de cuidados de reabilitação, promovendo a independência e readaptação funcional (Araújo et al., 2021; Regulamento n.º 392/2019, 2019). A promoção da continuidade de cuidados de Enfermagem de Reabilitação também integra o enunciado descritivo reeducação funcional dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação, constituindo-se assim relevante para a prestação de cuidados de qualidade (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

As transições experienciadas pelas pessoas devem ser percecionadas e analisadas pelos enfermeiros como um processo holístico, e deve ser tido em consideração nos cuidados de Enfermagem prestados. Além de se constituir essencial a prática baseada nos referenciais da profissão, é igualmente relevante que os cuidados prestados tenham como base os referenciais teóricos. A *Teoria das Transições* constitui-se uma mais-valia para o EEER, dado que permite uma melhor compreensão da pessoa e família ao longo do processo de transição vivenciado. Todo o conhecimento adquirido com este referencial teórico potencia um processo de transição saudável, maximizando tanto o conhecimento como as capacidades da pessoa e família (Silva, et al., 2019).

Neste contexto de estágio foi ainda realizado um jornal de aprendizagem, reflexão realizada à luz do ciclo de *Gibbs*, sobre o caso de uma pessoa, a Sr^a D^a M.C de 72 anos, com diagnóstico de AVC isquémico com oclusão do segmento M1 da ACM direita. Como défices neurológicos principais, salienta-se a anosognosia, a extinção tátil no lado afetado e um défice de atenção para estímulos no lado afetado. A Sr^a D^a M.C iria ter alta para o domicílio neste dia, em que tive o primeiro contacto com a mesma.

Ao realizar o plano de cuidados de reabilitação, e apesar da capacidade da Sr^a M.C em realizar de forma autónoma as suas atividades de vida diária, evidenciava-se uma anosognosia e uma extinção tátil relevante, constituindo-se um potencial risco para a sua segurança. Esta situação constituiu-se de imediato uma preocupação para a equipa multidisciplinar, uma vez que a Sr^a M.C residia sozinha. Foi realizada uma reunião multidisciplinar com a Sr^a M.C e a filha, onde ficou decidido que a alta iria ser protelada para os dias seguintes, e que iria para a casa da filha durante, pelo menos, a primeira semana, de forma ter uma maior vigilância nos primeiros dias após a alta.

Ao lidar com esta situação, pensei de imediato nas diversas situações que poderiam ocorrer e colocar a Sr^a M.C em risco no domicílio, uma vez que residia sozinha e desvalorizava completamente a extinção que apresentava. Além disso, interroguei-me ainda sobre estes mesmos défices neurológicos que, não sendo físicos, fazem com que muitas pessoas, e até mesmo profissionais de saúde, não reflitam sobre o seu impacto na qualidade de vida e segurança da pessoa no planeamento da alta. Esta situação constituiu-se uma preocupação para mim no que diz respeito à minha visão dos cuidados prestados, o que fez com que tivesse a necessidade de aprofundar mais o meu conhecimento sobre este assunto.

Vários estudos comprovam a presença de fenómenos de negligência após lesões no hemisfério direito ou esquerdo. A negligência espacial, por exemplo, foi encontrada em 83% das lesões do hemisfério direito, e 64% nas lesões do hemisfério esquerdo. Já a hemidesatenção, ocorreu em 70% das lesões do hemisfério direito e 49% das lesões hemisfério esquerdo; a extinção visual em 25% das lesões à direita e 2% das lesões à esquerda; e a extinção tátil, que se caracteriza pela incapacidade da pessoa em perceber estímulos táteis no lado contralateral à lesão quando tocada simultaneamente nos lados contralateral e ipsilesional, foi encontrada em 65% das lesões à direita e 35% das lesões à esquerda (Clarke & Bindschaedler, 2014; Luukkainen-Markkula & Tarkka, 2014).

Chechlacz e seus colaboradores (2014), também concluíram que a frequência de extinção foi significativamente maior em pessoas com lesão no hemisfério direito em comparação com o esquerdo, tanto nas modalidades visuais quanto táteis, em territórios da artéria cerebral média e artéria cerebral posterior (Chechlacz et al., 2014).

A extinção pode estar associada à negligência espacial ou dissociar-se dela. Na fase aguda do AVC, pode ser difícil a sua separação. Na fase crônica, a extinção está frequentemente presente, embora os sinais evidentes de negligência tenham desaparecido. A extinção pode persistir durante anos após um AVC e prejudicar a independência funcional no que diz respeito às atividades de vida diária (Kerkhoff et al., 2021).

São poucos os artigos encontrados que estejam direcionados apenas para a extinção, pelo que não foram encontrados estudos recentes sobre as consequências da extinção tátil nas atividades de vida diária. Contudo, existem estudos no âmbito da negligência unilateral e o seu impacto na qualidade de vida das pessoas, que demonstram que as pessoas com os défices mencionados evitam participar de atividades e apresentam uma tendência ao isolamento social, e deixam de ser capazes de participar de forma segura e eficaz nas atividades domésticas, atividades de lazer e atividades relacionadas com o trabalho (Scottish Acquired Brain Injury Network, s.d.)

A anosognosia, que se caracteriza pela autoconsciência reduzida da pessoa relativamente aos défices neurológicos que apresenta, também se constitui uma preocupação, dado que frequentemente se encontra associada a múltiplos défices neuropsicológicos após o AVC, principalmente nas lesões a nível do hemisfério direito (Vossel et al., 2013).

Num estudo realizado por Vossel, et al (2013), concluíram que a anosognosia tem um papel decisivo para défices visuoespaciais para atividades de vida diária comprometidas. As descobertas demonstram ainda que a gravidade da negligência e da extinção também prediz o desempenho nas AVD. Os autores recomendam ainda que as pessoas com AVC do hemisfério direito não devem apenas ser avaliados de forma rotineira quando à negligência e extinção, mas também quanto à anosognosia, de forma a realizarem um programa de reabilitação apropriado (Vossel et al., 2013).

Neste sentido, o papel do EEER é de extrema importância na identificação precoce de fenómenos de negligência e anosognosia, uma vez que se constitui uma limitação na realização das atividades de vida diária, condicionando a segurança da pessoa e

consequentemente, a sua qualidade de vida. A consciencialização da pessoa para os seus défices neurológicos deverá ser um foco dos cuidados, bem como garantir a segurança da pessoa no regresso a casa, através da realização de ensinamentos não só à pessoa, mas também à família.

Considero que, ao lidar com este caso em específico numa fase inicial do estágio, permiti-me estar mais alerta para este tipo de situações no decorrer do mesmo. A pesquisa realizada fez com que sentisse mais segurança na identificação de situações de extinção e prever o seu impacto na qualidade de vida das pessoas, conseguindo antecipar a realização de ensinamentos à pessoa e família. O processo de autoconhecimento no que concerne à necessidade de procura de informação também é relevante para o desenvolvimento profissional enquanto EEER, encontrando-se enquadrado a nível das competências comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Assim, foi possível desenvolver as competências previstas para o EEER a nível da J1, uma vez que foram identificadas limitações e incapacidades, que embora não se traduzissem em incapacidades físicas, são incapacidades cognitivas que têm impacto na qualidade de vida e bem-estar da pessoa; e a nível da J2, dado que os planos de intervenção elaborados tiveram em conta a promoção de um ambiente seguro devido à alteração da funcionalidade a nível cognitivo, e a gestão das circunstâncias ambientais que potenciam a ocorrência de eventos adversos associados às alterações cognitivas identificadas (Regulamento n.º 392/2019, 2019). Foi crucial a realização de ensinamentos e consciencialização da pessoa e família para os riscos associados a este tipo de alteração.

Nas competências comuns do Enfermeiro Especialista, realço o Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal, onde a nível da primeira competência, foi desenvolvida uma prática profissional ética e legal agindo de acordo com as normas legais, princípios éticos e deontologia profissional (Regulamento n.º 140/2019, 2019). Os direitos da pessoa foram sempre salvaguardados, principalmente no que concerne ao direito à escolha e à autodeterminação relativamente aos cuidados especializados e de saúde.

Ao longo da implementação do plano de intervenção em reabilitação, todas as estratégias de resolução do problema foram discutidas primeiramente com a pessoa, que inicialmente não queria ir para a casa da filha, mas com a informação recebida e os ensinamentos realizados, foi possível negociar o número de dias que iria estar na sua casa, tendo em conta a evolução e a perceção dos défices.

Além disso, a participação na tomada de decisão foi essencial, uma vez que os défices cognitivos foram identificados na implementação dos planos de Enfermagem de Reabilitação, constituindo-se de imediato uma preocupação, e uma articulação com a médica assistente e médica fisiatra, que resultou numa reflexão e partilha de conhecimentos e experiências que permitiram uma tomada de decisão consciente e centrada na pessoa e nas suas limitações. Neste sentido, como previsto a nível das competências comuns, o EEER otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão, colaborando nas decisões da equipa de saúde (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Para a atribuição do grau de mestre, esta experiência permitiu a compreensão e resolução de problemas em situações novas e em contextos multidisciplinares, uma vez que ocorreu no início do estágio, e permitiu-me desenvolver o conhecimento e competências necessárias para a melhoria contínua dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação ao longo do mesmo, assumindo a responsabilidade por contribuir para os conhecimentos e as práticas profissionais (Jornal Oficial da União Europeia, 2017).

Apesar de ter sido uma experiência positiva para a minha aprendizagem, realço aspetos a melhorar, como por exemplo o facto de a identificação dos défices a nível cognitivo ter ocorrido no dia da alta, o que tem impacto na gestão de expectativas da pessoa. Idealmente, esta avaliação tem de ser realizada o mais precocemente possível, pelo que tem de ser uma preocupação não só do EEER, mas de toda a equipa multidisciplinar.

Além disso, houve alguma dificuldade na identificação da extinção tátil e outras formas de heminegligência, unicamente através da escala NIHSS. Houve, assim, a necessidade em realizar outros testes, como o *Line Bisection Test*, o *Copying test* e o *Line*

Cancellation Test, que detetam a presença de heminegligência e complementaram a avaliação realizada.

A limitação sentida na identificação de casos de heminegligência é refletida em estudos científicos, como é o caso do estudo de Basagni e seus colaboradores (2021), que analisam o subteste realizado na escala NIHSS relativamente à extinção tátil e inatenção. Os autores recomendam cautela ao tirar conclusões sobre a presença de heminegligência apenas com a avaliação do subteste da escala NIHSS, e sobre a integridade do campo visual do subteste de campo visual da mesma escala (Basagni et al., 2021).

Como possíveis fontes de erros, os autores referem que as pessoas com AVC podem apresentar heminegligência e não serem diagnosticados através da escala NIHSS por apresentarem uma forma leve de negligência, ou por não apresentarem extinção visual ou somatossensorial. Não obstante, as alterações a nível dos campos visuais podem levar, erradamente, à atribuição de heminegligência (Basagni et al., 2021).

Os autores concluíram que a escala NIHSS por si só não é suficiente para detetar sinais de inatenção, e que pelo menos um simples teste adicional, como o *Cancellation test*, é necessário para uma deteção confiável de negligência pós-AVC (Basagni et al., 2021).

O conhecimento adquirido com esta experiência foi também partilhado com a restante equipa de Enfermagem, transmitindo assim conhecimento relevante para a prática de cuidados baseado em evidência científica, com vista à melhoria contínua dos cuidados e ganhos em saúde (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Em suma, esta situação permitiu ter uma maior consciencialização das pessoas que após AVC apresentam algum tipo de negligência ou extinção, que por vezes podem passar despercebidas ao longo do internamento e conseqüente preparação para a alta. A realização de um plano de reabilitação individualizado e centrado na pessoa e família é essencial para minimizar os riscos associados e aumentar a consciência das pessoas sobre as alterações identificadas.

Dentro do contexto neurológico, foi ainda possível a realização de dois estágios de observação participativa em contextos de pediatria e unidade de média duração e reabilitação, num total de 4 semanas.

O estágio de pediatria decorreu durante 2 semanas, no Serviço de Reabilitação Pediátrica e Desenvolvimento de um Centro de Reabilitação de referência. O serviço dispõe de 16 camas de internamento, destinadas a crianças até aos 18 anos de idade com diversas patologias crónicas, como paralisia cerebral, lesões vertebro-medulares na fase pós-operatória e AVC. No que concerne aos cuidados especializados de Enfermagem de Reabilitação, 6 dos 12 enfermeiros são EEER, e 2 enfermeiras são EEER e Enfermeiras Especialistas em Saúde Infantil e Pediátrica. A restante equipa multidisciplinar é composta por médicos, terapeutas da fala, fisioterapeutas, terapeutas de saúde ocupacional, psicólogos e serviço social.

Apesar de se constituir numa experiência breve de prestação de cuidados neste contexto, foi notória a intervenção do EEER no processo de reabilitação das crianças internadas, que se traduziu em muitas oportunidades de aprendizagem. A atuação do EEER difere tendo em conta as necessidades previamente identificadas de cada criança. Contudo, foi possível observar e desenvolver planos de intervenção a nível da reeducação funcional motora (com ênfase no treino de AVD), na reeducação funcional respiratória, na função alimentação e na função eliminação.

No que concerne à intervenção a nível da função motora, mais precisamente no treino de AVD, o serviço dispõe de diversos equipamentos e produtos de apoio para as diferentes atividades, permitindo assim a adequação do produto de apoio às necessidades e limitações previamente identificadas pelo EEER. Foi possível participar numa admissão de uma criança previamente independente, com o diagnóstico recente de mielite transversa, que tinha como limitações funcionais a diminuição da força muscular a nível dos membros inferiores (grau 3 segundo escala *Medical Research Council*, em todos os segmentos dos membros inferiores), diminuição da sensibilidade e, ainda, alterações a nível da eliminação vesical e intestinal.

No plano de cuidados realizado para esta criança, e após a avaliação inicial, foi possível adequar o produto de apoio para os cuidados de higiene (nos primeiros dias, optou-se por utilizar uma cadeira giratória adaptado à banheira, uma vez que é se assemelha ao WC do seu domicílio e permite que a criança tenha uma maior estabilidade) e utilizar a tábua de transferência para otimizar a transferência da cama para a cadeira de rodas e vice-versa. Relativamente à eliminação, foram realizados ensinamentos à criança e aos pais sobre os procedimentos realizados relativamente ao treino vesical, com necessidade de realizar esvaziamentos vesicais programados, bem como sobre o registo do balanço hídrico, com foco nos líquidos ingeridos e sobre a gestão dos mesmos ao longo do dia.

O serviço dispõe de uma folha adicional na avaliação inicial no processo de admissão, onde constam detalhes pormenorizados do domicílio e ambiente da criança e família, de forma a identificar possíveis barreiras arquitetónicas e a simular o melhor possível, no internamento, as condições que a criança dispõe no domicílio. É ainda permitido e recomendado, aquando das saídas no fim de semana, levarem os produtos de apoio utilizados no internamento de forma a haver uma melhor perceção da adequação dos produtos de apoio e dificuldades sentidas pela criança e pelos pais. Desta forma, foi possível ensinar sobre a utilização de produtos de apoio, orientar para a eliminação de barreiras arquitetónicas e gerir as circunstâncias ambientais, antecipando as que podem potenciar possíveis efeitos adversos (Regulamento n.º 392/2019, 2019).

Como projeto recente no serviço, foi implementado o projeto follow-up, que consiste na realização periódica de um contacto telefónico com os pais cujo as crianças tiveram alta do centro de reabilitação, com o objetivo de esclarecimento de dúvidas e identificação de dificuldades sentidas no regresso a casa. Este projeto permite também a realização de contacto com o centro de saúde de referência caso se identifiquem situações que requerem uma atuação por parte dos profissionais de saúde. Neste sentido, e tal como nos estágios anteriores, foi possível promover a continuidade de cuidados de Enfermagem de Reabilitação em diferentes contextos (internamento/domicílio/comunidade), como previsto a nível dos padrões de qualidade e competências específicas do EEER (Ordem dos Enfermeiros, 2018; Regulamento n.º 392/2019, 2019).

Assim, e mais uma vez, a intervenção do EEER é primordial para ajudar a alcançar o máximo potencial de saúde, identificando as barreiras arquitetónicas que influenciam a acessibilidade, participando na conceção de políticas inclusivas a nível da habitação e a cooperar com estruturas da comunidade, como previsto a nível enunciado descritivo promoção da saúde a nível dos padrões de qualidade dos cuidados especializados de Enfermagem de Reabilitação (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Dentro das oportunidades de aprendizagem que surgiram neste contexto, saliento ainda a intervenção de Enfermagem de Reabilitação a uma criança de 9 anos com o diagnóstico de paralisia cerebral, que entre outras limitações funcionais, apresentava alterações da deglutição. Foi realizada uma avaliação neurológica e também a avaliação da deglutição desta criança, tendo sido identificados diversos sinais de alerta e alterações das estruturas da orofaringe que foram importantes para o processo de tomada de decisão. Tendo em conta a avaliação realizada, a criança manteve indicação para sonda nasogástrica, tendo sido informada a equipa de Enfermagem sobre a avaliação realizada, de forma que os ensinamentos aos pais tenham como foco a segurança da criança no que concerne a esta função.

Foi um momento de aprendizagem importante tendo em conta o desenvolvimento do projeto sobre os cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa com alteração da deglutição, não só para mim que tive a oportunidade de realizar esta avaliação num contexto, faixa etária e patologia diferentes, mas também para a equipa, uma vez que permitiu uma troca de conhecimentos e experiências a nível da avaliação da deglutição.

Este contexto de estágio, embora de curta duração, permitiu desenvolvimento de competências de EEER, tendo início na J1, uma vez que foi possível cuidar de pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida, sendo este caso a crianças até aos 18 anos de idade. Salienta-se a unidade de competência J1.3, que enuncia a implementação de intervenções planeadas com o objetivo de reeducar as funções a nível motor, sensorial, respiratório e eliminação. Também foi possível desenvolver a competência J2, uma vez que foram elaborados e implementados programas de treino de AVD visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida, com foco na promoção de um ambiente seguro e práticas inclusivas (Regulamento n.º 392/2019, 2019).

O estágio de unidade de média duração e reabilitação (UMDR) decorreu igualmente em 2 semanas, numa unidade da RNCCI desta tipologia. O serviço dispões de 30 camas de internamento, sendo o período previsível de internamento entre 30 a 90 dias. A equipa de Enfermagem integra uma enfermeira a tempo inteiro na prestação de cuidados especializados de Enfermagem de Reabilitação. A equipa multidisciplinar é formada por médicos, enfermeiros, terapeuta da fala, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, psicólogo, assistente social e assistente espiritual.

O estágio numa UMDR também se constituiu num momento de aprendizagem que proporcionou diversas experiências no que diz respeito à prestação de cuidados de Enfermagem de Reabilitação neste contexto. Esta tipologia da RNCCI destina-se a pessoas com perda de autonomia e funcionalidade devido a doença aguda ou reagudização de doença crónica, que têm potencial de reabilitação funcional, necessitando assim de cuidados de saúde e apoio social que não podem ser prestados no domicílio. A UMDR assegura, assim, e entre outros cuidados, a reabilitação funcional da pessoa, num período de internamento previsto de 30 a 90 dias (Unidade de Gestão e Acompanhamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, 2023).

Sendo este contexto o último estágio realizado, foi possível aplicar todo o conhecimento até agora adquirido para a prestação de cuidados de Enfermagem de Reabilitação a pessoas com múltiplas patologias nas mais diversas áreas, como cardiorrespiratório, ortopédico e, na sua maioria, neurológico. A observação da intervenção do EEER foi igualmente importante, de forma a entender os objetivos a curto e a longo prazo nesta tipologia de cuidados de reabilitação, adequando o plano de intervenção às necessidades da pessoa e família.

Assim, ao longo do estágio, foram prestados cuidados de Enfermagem de Reabilitação a diversas pessoas, tendo sido predominante pessoas com limitações funcionais a nível neurológico decorrentes de AVC. Os planos de intervenção foram adaptados e individualizados às necessidades previamente identificadas, tendo tido como foco o treino da função motora (com ênfase no treino de força muscular, equilíbrio e treino de AVD), e treino da função cognitiva.

Houve ainda a oportunidade de participar numa reunião multidisciplinar com a Equipa Coordenadora Local (ECL) que, em conjunto com a Equipa Coordenadora Regional (ECR) da respetiva região, avaliam as referenciações das pessoas para integrarem a RNCCI (Unidade de Gestão e Acompanhamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, 2023). Nesta reunião, foram discutidos diversos assuntos, com ênfase na avaliação das pessoas internadas, tendo sido essencial a intervenção do EEER para contextualizar e enquadrar toda a situação de saúde das pessoas, incluindo os ganhos obtidos no programa de reabilitação bem como as limitações funcionais ainda existentes e que condicionam a qualidade de vida e o regresso ao domicílio. Foram abordados assuntos relevantes no que diz respeito ao processo de transição da pessoa e as suas condicionantes facilitadoras e dificultadoras, tendo sido identificadas um conjunto de situações e traçado um plano de ação tendo em conta o bem-estar e preferência das mesmas.

Assim, evidencia-se uma vez mais a importância do EEER na construção de estratégias de resolução de problemas e a sua participação e orientação na tomada de decisão em equipa, assumindo a defesa dos Direitos Humanos e assegurando o respeito à autodeterminação das pessoas alvo de cuidados, conforme previsto nas competências comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019, 2019). Relativamente às competências específicas do EEER, salienta-se a gestão das circunstâncias ambientais, a sensibilização de adoção de práticas inclusivas e a colaboração entre as diferentes organizações, com vista à prestação de cuidados de qualidade que se demonstram facilitadores do processo de transição da pessoa e família (Regulamento n.º 392/2019, 2019).

4. Avaliação

Na avaliação, será realizado um breve balanço do estágio com recurso à metodologia de análise SWOT que, dentro do contexto da prática clínica, permite avaliar os fatores intrínsecos favorecedores da aprendizagem (pontos fortes), os fatores intrínsecos dificultadores da aprendizagem (fraquezas), os fatores extrínsecos favorecedores da aprendizagem (oportunidades) e os aspetos extrínsecos dificultadores da aprendizagem (ameaças) consideradas relevantes ao longo de todo o percurso realizado (Pereira & Rito, 2013).

Os fatores intrínsecos favorecedores da aprendizagem prendem-se na adaptabilidade individual e no esforço constante para aproveitar todas as oportunidades de aprendizagem no decorrer do estágio, de forma a aplicar os conhecimentos adquiridos ao longo do meu percurso, demonstrando a responsabilidade e rigor exigidos tanto para a nível de Enfermagem de Reabilitação como para a atribuição do grau de mestre. A introdução do estágio de 2º semestre no plano curricular do CMER foi uma mais-valia, uma vez que possibilitou não só o início do desenvolvimento de competências enquanto EEER, mas também permitiu a consciencialização relativamente às dificuldades sentidas e as expectativas para o estágio de 3º semestre. Neste sentido, ao iniciar o estágio de 3º semestre, os meus objetivos pessoais e académicos encontravam-se bem definidos, o que permitiu implementá-los de imediato e com mais segurança na minha prática profissional.

Como fatores intrínsecos dificultadores da aprendizagem, realço a gestão de tempo de forma a conciliar o meu percurso académico, com a minha vida profissional e pessoal. A gestão que foi possível realizar nem sempre foi a mais adequada e facilitadora da minha aprendizagem, tendo, por vezes, pouco tempo para aprofundar os conhecimentos nas áreas relevantes para os contextos de estágio e também para o meu interesse pessoal. Foi um desafio que tentei superar de forma persistente para que interferisse o menos possível no desenvolvimento dos objetivos propostos para os estágios realizados.

Os fatores extrínsecos favorecedores da aprendizagem foram diversos, como por exemplo as diversas oportunidades de aprendizagem na prática clínica no cuidado à pessoa

com alteração das funções cognitiva, sensoriomotora, cardiorrespiratória, e essencialmente, o desenvolvimento de competências na minha área de interesse pessoal, no cuidado à pessoa com alteração da deglutição. A prestação de cuidados de Enfermagem de Reabilitação em contextos de cuidados completamente distintos, a pessoas com diferentes patologias, também contribuiu para a consolidação de conhecimentos e oportunidades de prestação de cuidados para o desenvolvimento de competências como EEER.

Realço ainda a observação da atuação do EEER e a sua influência na equipa, que também se constituiu num momento interessante de aprendizagem, uma vez que no primeiro contexto existia apenas uma EEER, e no segundo contexto o serviço tinha diversos EEER inseridos na equipa. A reflexão sobre as estratégias adotadas pelo EEER nos diferentes contextos, relativamente à sua intervenção, ao seu contributo para a equipa multidisciplinar e à sua ligação com a equipa de Enfermagem foi muito importante para otimizar a minha visão da gestão de cuidados enquanto Enfermeira Especialista, de forma a contribuir para a prática profissional de Enfermagem.

A nível dos fatores extrínsecos dificultadores da aprendizagem, menciono essencialmente as poucas oportunidades de desenvolver competências de avaliação e intervenção do EEER à pessoa com alteração da função eliminação, dado que apenas no estágio de observação de neurologia, mais precisamente no contexto de pediatria, é que foi possível aprofundar alguns conhecimentos e colocá-los em prática. Saliento ainda que, no que concerne à função sexualidade, não foi possível aplicar os conhecimentos adquiridos ao longo do meu percurso em estágio, pelo que se constitui uma área ainda a desenvolver futuramente.

Ao realizar um balanço final, é notória a contribuição de todas as experiências vivenciadas para o desenvolvimento de competências enquanto EEER, salientando a consolidação de conhecimentos baseados em evidência científica, tendo em vista a melhoria contínua dos cuidados prestados.

5. Considerações finais

No início do estágio, foram elaborados um conjunto de objetivos a atingir ao longo do mesmo, de forma a desenvolver as competências comuns e específicas do EEER. Estes objetivos incidiam sobre a área de interesse, os cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa com alteração da deglutição, e sobre as restantes áreas correspondentes ao desenvolvimento de competências necessárias para a atribuição do título de EEER.

Neste sentido, considero que de uma forma geral, os objetivos foram atingidos, uma vez que foram desenvolvidas as competências como Enfermeira de Reabilitação no cuidado à pessoa com alteração da deglutição, e com alteração das funções cognitiva, sensoriomotora, cardiorrespiratória e eliminação. Foi possível aprofundar conhecimentos e competências na avaliação e reeducação da função deglutição, na compreensão do risco de alteração da funcionalidade e capacidade funcional da pessoa nas suas AVD, e na implementação de programas de reabilitação promovendo um processo de transição saudável, à luz da Teoria das Transições de Afaf Meleis.

Ao longo da descrição das experiências vivenciadas, foi ainda realizada uma reflexão sobre temas relevantes que surgiram ao longo do meu percurso em estágio, relacionados com a área de especialidade, que contribuíram para uma análise crítica dos cuidados prestados e aquisição de novos conhecimentos relacionados com a área de estudo.

Na abordagem metodológica, foi realizada uma revisão narrativa da literatura, que demonstrou uma elevada prevalência da disfagia a nível nacional e internacional. Constatou-se, ainda, diversas complicações associadas à disfagia, bem como um impacto significativo na qualidade de vida das pessoas e famílias. Estudos comprovam que a intervenção do EEER tem benefícios no que concerne à diminuição das complicações, na recuperação da função deglutição e, conseqüentemente, na qualidade de vida das pessoas.

Foi verificado também que a avaliação realizada pelo EEER deve contemplar instrumentos de avaliação que permitam uniformizar os procedimentos e avaliar o seu impacto nos resultados em saúde, constituindo-se assim um complemento à avaliação rigorosa efetuada pelo mesmo, considerada altamente especializada devido ao nível elevado

de conhecimentos e experiência acrescida. Realça-se a importância de uma avaliação precoce da deglutição, para a diminuição do risco de aspiração e complicações.

Ao longo da pesquisa realizada foram encontradas algumas limitações relacionadas com a escassez de estudos que refletissem a realidade atual da disfagia em Portugal em diferentes contextos. Os estudos selecionados continham amostras relativamente pequenas, tornando-se difícil a generalização dos resultados, realizados maioritariamente em contexto de internamentos hospitalares e instituições, sendo que não foi possível averiguar a prevalência da disfagia na comunidade, que se constitui uma lacuna a nível de investigação nacional.

Além disso, a procura por estudos realizados na área específica da Enfermagem de Reabilitação direcionado a pessoas com alteração da deglutição e implementados apenas por EEER também se constitui um desafio que já se tem vindo a verificar noutros estudos de revisão de literatura. Neste sentido, e sendo uma limitação da prática, a realização de estudos por EEER na área da deglutição deverá ser um foco de investigação de forma a fundamentar a nossa prática profissional, refletindo-se na qualidade dos cuidados prestados.

O percurso em estágio permitiu continuar a desempenhar o meu papel como futura EEER, que exige uma grande responsabilidade, principalmente perante a equipa de Enfermagem. O EEER é visto como uma referência, pelo que foi uma preocupação imediata o desenvolvimento de competências no que concerne à gestão dos cuidados de Enfermagem, demonstrando uma atitude favorecedora da aprendizagem, colaborando nas decisões da equipa e demonstrando a disponibilidade necessária no seio da equipa, com vista à melhoria contínua dos cuidados.

Relativamente às minhas perspetivas futuras como EEER na minha prática profissional, pretendo ser uma referência para a minha equipa de Enfermagem e colaborar com a equipa multidisciplinar, de forma minimizar o impacto das alterações da deglutição na prestação de cuidados. Ao exercer funções num serviço de Medicina, importa referir a elevada prevalência de pessoas idosas e com diversas comorbilidades associadas, pelo que

é essencial incidir a minha intervenção como Enfermeira Especialista no diagnóstico de necessidades formativas junto da equipa, priorizando a avaliação precoce da deglutição. Esta prática traduz-se numa diminuição de complicações associadas à disfagia, promovendo assim cuidados de Enfermagem seguros e de qualidade.

Constitui-se ainda uma área de interesse, o desenvolvimento de investigação na área das alterações da deglutição, de forma a contribuir para o desenvolvimento da prática clínica especializada.

6. Referências

- Acosta, N., & Cardoso, M. (2013). Presbifagia: estado da arte da deglutição do idoso. *Revista Brasileira De Ciências Do Envelhecimento Humano*, 9(1). <https://seer.upf.br/index.php/rbceh/article/view/1504>
- Aguiar, J., Carneiro, R., Carneiro, I., Magalhães, L., & Carneiro, A. (2023). Prevalência de Disfagia em Doentes Internados no Departamento de Medicina Interna e Unidade de Cuidados Intensivos e Intermédios: Resultados de um Estudo Piloto. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*, 30(1), pp. 16-20. <https://doi.org/10.24950/rspmi.929>
- Al Rjoob, M., Hassan, N. F., Aziz, M. A., Zakaria, M. N., & Mustafar, M. F. (2022). Quality of life in stroke patients with dysphagia: a systematic review. *La Tunisie medicale*, 100(10), pp. 664-669. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9940652/>
- Alves, J., & Babo, M. (2021). Enfermagem de Reabilitação à pessoa adulta/idosa em Cuidados Paliativos. Em O. Ribeiro, *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas* (pp. 329-333). Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Ambrosetti, M., Abreu, A., Corrà, U., Davos, C., Hansen, D., Frederix, I., Iliou, M., Pedretti, R., Schmid, J.-P., Vigorito, C., Voller, H., Wilhelm, M., Piepoli, M., Bjarnason-Wehrens, B., Berger, T., Cohen-Solal, A., Cornelissen, V., Dendale, P., Doehner, W., . . . Zwisler, A. (2021). Secondary prevention through comprehensive cardiovascular rehabilitation: From knowledge to implementation. 2020 update. A position paper from the Secondary Prevention and Rehabilitation Section of the European Association of Preventive Cardiology. *European Journal of Preventive Cardiology*, 28(5), pp. 460-495. <https://doi.org/10.1177/2047487320913379>
- Araújo, P., Soares, A., Ribeiro, O., & Martins, M. (2021). Processo de cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa adulta/idosa com compromisso no sistema nervoso. Em O. Ribeiro, *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas* (pp. 164-231). Lidel - Edições Técnicas, Lda.

- Azer, S., Kanugula, A. K., & Kshirsagar, R. K. (2023). Dysphagia. *Treasure Island (FL): StatPearls Publishing*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559174/>
- Baijens, L., Clavé, P., Cras, P., Ekberg, O., Forster, A., Kolb, G., Leners, J., Masiero, S., Mateos-Nozal, J., Ortega, O., Smithard, D., Speyer, R., & Walshe, M. (2016). European Society for Swallowing Disorders - European Union Geriatric Medicine Society whit paper: oropharyngeal dysphagia as a geriatric syndrome. *Clinical interventions in aging*, 11, pp. 1403-1428. <https://doi.org/10.2147/CIA.S107750>
- Banda, K. J., Chu, H., Kang, X. L., Liu, D., Pien, L., Jen, H., Hsiao, S., & Chou, K. (2022). Prevalence of dysphagia and risk of pneumonia and mortality in acute stroke patients: a meta-analysis. *BMC Geriatrics*, 22(420). <https://doi.org/10.1186/s12877-022-02960-5>
- Bao, L., Wei, J., & Chen, Z. (2023). The Impact of Progressive Rehabilitation Nursing on Physical Rehabilitation and Quality of Life in Patients with Cerebral Infarction. *Alternative Therapies*. <http://alternative-therapies.com/oa/index.html?fid=9503>
- Basagni, B., Hakiki, B., Campagnini, S., Salvadori, E., Grippo, A., & Paperini, A. (2021). Critical issue on the extinction and inattention substest of NIHSS scale: an analysis on post-acute stroke patients attending inpatient rehabilitation. *BMC Neurology*, 475. <https://doi.org/10.1186/s12883-021-02499-9>
- Bhattacharyya, N. (2014). The prevalence of dysphagia among adults in the United States. *Otolaryngology - head and neck surgery: official journal of American Academy of Otolaryngology - head and neck surgery*, pp. 765-769. <https://doi.org/https://doi.org/10.1177/0194599814549156>
- Booth, A., Sutton, A., & Papaioannou, D. (2016). Systematic Approaches to a Successful literature review. pp. 1-35. https://uk.sagepub.com/sites/default/files/upm-assets/78595_book_item_78595.pdf
- Braga, R. (2009). Influência dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação no Controlo da Dispneia em Cuidados Paliativos . *Universidade de Lisboa - Faculdade de Medicina de*

Lisboa.

https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2420/1/ulsd058207_tm_Ricardo_Braga.pdf

Braga, R. (2016a). Avaliação da Função Deglutição. Em C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 181-188). Loures: Lusodidacta.

Braga, R. (2016b). Reeducação da Deglutição. Em C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 263-270). Loures: Lusodidacta.

Branco, C., & Portinha, S. (2017). *Disfagia no Adulto: da Teoria à Prática*. Papa-Letras.

Cavalcante, T., Araújo, T., & Oliveira, A. R. (2014). Efeitos da sondagem nasogástrica em pacientes com acidente cerebrovascular e disfagia. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 67(5). <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2014670522>

Chechlac, M., Rotshtein, P., Demeyere, N., Bickerton, W., & Humphreys, G. (2014). The frequency and severity of extinction after stroke affecting different vascular territories. *Neuropsychologia*, 54, pp. 11-17. <https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2013.12.016>

Chilukuri, P., Odufalu, F., & Hachem, C. (2018). Dysphagia. *Missouri Medicine*, 115(3), pp. 206-210. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30228723/>

Clarke, S., & Bindschaedler, C. (2014). Unilateral neglect and anosognosia. Em S. C. M. E. Selzer, & Cambridge (Ed.), *Textbook of Neural Repair and Rehabilitation* (pp. 463-477). Cambridge University Press.

Conselho da Europa. (2014). Guia sobre o processo de decisão relativo a tratamentos médicos em situações de fim de vida. <https://edoc.coe.int/en/bioethics/6531-guia-sobre-o-processo-de-decisao-relativo-a-tratamentos-medicos-em-situacoes-de-fim-de-vida.html>

Dziewas, R., Michou, E., Trapl-Grundschober, M., Lal, A., Arsava, E., Bath, P., Clavé, P., Glahn, J., Hamdy, S., Pownall, S., Schindler, A., Walshe, M., Wirth, R., Wright, D., & Verin, E.

- (2021). European Stroke Organisation and European Society for Swallowing Disorders guideline for the diagnosis and treatment of post-stroke dysphagia. *European Stroke Journal*, 6(3). <https://doi.org/10.1177/23969873211039721>
- Faria, A., Martins, M. M., Schoeller, S., & Matos, L. (2017). Care path of person with stroke: from onset to rehabilitation. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(3), pp. 495-503. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0579>
- Ferreira, F., Fernandes, L., & Oliveira, I. (2022). Prevalência da Disfagia em idosos institucionalizados. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 5(1). <https://doi.org/10.33194/rper.2022.218>
- Frias, A., Biléu, C., Pires, M., & Marranita, S. (2015). Disfagia no doente após acidente Vascular Cerebral: Consequências e Intervenção do Enfermeiro. *Revista Ibero-americana de saúde e envelhecimento*, 1(3), pp. 388 - 401. [https://doi.org/10.24902/r.riase.2015.1\(3\).388](https://doi.org/10.24902/r.riase.2015.1(3).388)
- Heidenreich, P., Bozkurt, B., Aguilar, D., Allen, L., Byun, J., Colvin, M., Deswal, A., Drazner, M., Dunlay, S., Evers, L., Fang, J., Fedson, S., Fonarow, G., Hayek, S., Hernandez, A., Khazanie, P., Kittleson, M., Lee, C., Link, M., . . . Yancy, C. (2022). 2022 AHA/ACC/HFSA Guideline for the Management of Heart Failure: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *American Heart Association*. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001063>
- Holanda, M., & Meira, A. (2021). *Guia do exame neurológico objetivo*. (UFPB, Ed.) João Pessoa – PB. <http://www.editora.ufpb.br/sistema/press5/index.php/UFPB/catalog/download/694/966/8747-1?inline=1>
- Instituto Nacional de Estatística. (2023). Causas de morte - 2021. https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=612376820&att_display=n&att_download=y

- Jongprasitkul, H., & kitisomprayoonkul, W. (2020). Effectiveness of Conventional Swallowing Therapy in Acute Stroke Patients with Dysphagia. *Research and Practice*, pp. 1-5. <https://doi.org/10.1155/2020/2907293>
- Jornal Oficial da União Europeia. (2017). Quadro Europeu de Qualificações para a aprendizagem ao longo da vida, que revoga a Recomendação do Parlamento Europeu e do Conselho, de 23 de abril de 2008, relativa à instituição do Quadro Europeu de Qualificações para a aprendizagem ao longo da vida. [https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/HTML/?uri=CELEX:32017H0615\(01\)&from=EN#d1e32-20-1](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/HTML/?uri=CELEX:32017H0615(01)&from=EN#d1e32-20-1)
- Kane, E., & Ward, N. S. (2021). Neurobiology of Stroke Recovery. Em T. Platz (eds), *Clinical Pathways in Stroke Rehabilitation*. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-58505-1_1
- Kasper, D., Fauci, A., Longo, D., Hauser, S., Jameson, J. L., & Loscalzo, J. (2015). *Harrison's Principles of Internal Medicine* (19 ed.). McGraw-Hill Education. <https://accessmedicine.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1820§ionid=127553259>
- Kerkhoff, G., Rode, G., & Clarke, S. (2021). Treating Neurovisual Deficits and Spatial Neglect. Em T. Platz (eds), *Clinical Pathways in Stroke Rehabilitation*. Springer, Cham. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK585577/>
- Lei n.º 156/2015. (2015). Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República nº181/2015, Série I de 2015-09-16*, pp. 8059 - 8105. <https://data.dre.pt/eli/lei/156/2015/09/16/p/dre/pt/html>
- Leira, J., Lorenzo-López, L., Cibeira, N., López-López, R., Lodeiro, L., & Millán-Calenti, J. (2023). Dysphagia and its association with other health-related risk factors in institutionalized older people: A systematic review. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2023.104991>
- Luukkainen-Markkula, R., & Tarkka, I. (2014). Recovery from Neglect after Right Hemisphere Stroke. *International Journal of Neurorehabilitation*, 1(1).

<https://www.hilarispublisher.com/open-access/recovery-from-neglect-after-right-hemisphere-stroke-2376-0281-1000103.pdf>

Mariano, C. (2007). Holistic Nursing as a Specialty: Holistic Nursing-Scope and Standards of Practice. *Nursing Clinics of North America*, 42(2).
https://samples.jbpub.com/9781449651756/45632_ch02_pass1.pdf

Martins, R., Silva, L., Paredes, M., & Fonseca, S. (2023). Testagem precoce da deglutição em utentes com disfagia no pós-AVC: uma revisão sistemática. *SERVIR*, 2(7).
<https://doi.org/10.48492/servir0207.32662>

McDonagh, T., Metra, M., Adamo, M., Gardner, R., Baumbach, A., Böhm, M., Burri, H., Butler, J., Celutkiene, J., Chioncel, O., Cleland, J., Coats, A., Crespo-Leiro, M., Farmakis, D., Gilard, M., Heymans, S., Hoes, A., Jaarsma, T., Jankowska, E., . . . ESC Scientific Document Group. (2021). 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: Developed by the Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC). *European Heart Journal*, 42(36), pp. 3599–3726.
<https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab368>

Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company, LLC.

Menoita, E., Sousa, L., Pão Alvo, I., & Vieira, C. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC: contributos para um envelhecer resiliente*. Loures: Lusociência.

Minosso, J., Souza, L., & Oliveira, M. (2016). Reabilitação em Cuidados Paliativos. *Texto & Contexto - Enfermagem*. <https://doi.org/10.1590/0104-07072016001470015>

Moreira, A., Neves, H., Lucas, N., Silva, R., & Galante, S. (2021). Programa para a reeducação da função alimentação. Em O. Ribeiro, *Enfermagem de Reabilitação - Conceções e Práticas* (pp. 550-562). Lisboa: Lidel.

- Navarro-Orozco, D., & Sánchez-Manso, J. (2023). Neuroanatomy, Middle Cerebral Artery. *Treasure Island (FL): StatPearls Publishing*.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK526002/>
- Oliveira, I., Couto, G., Santos, R., Campolargo, A. M., Lima, C., & Ferreira, P. (2021). Best Practice Recommendations for Dysphagia Management in Stroke Patients: A Consensus from a Portuguese Expert Panel. *Portuguese Journal of Public Health*(39), pp. 145–162. <https://doi.org/10.1159/000520505>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Áreas Investigação Prioritárias para a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. *Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*, pp. 1-7.
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/Areas_Investigacao_Prioritarias_para_EER.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Padrão documental dos cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação.
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/PadraoDocumental_EER.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2016). Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação.
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Guia Orientador de Boa Prática - Reabilitação Respiratória. 1(10).
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5441/gobp_reabilita%C3%A7%C3%A3o-respirat%C3%B3ria_mceer_final-para-divulga%C3%A7%C3%A3o-site.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. *Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8192/ponto-4_regulamento-dos-padr%C3%B5es-qualidade-ceer-1.pdf

- Ordem dos Enfermeiros. (2020). Guia Orientador de Boa Prática em Enfermagem de Reabilitação Cardíaca. <https://www.flipsnack.com/ordemenfermeiros/gobper/full-view.html>
- Pereira, I., Galvão, J., & Rodrigues, M. (2022). Papel do Enfermeiro de Reabilitação na promoção da independência dos doentes com AVC. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação-REASE*, 8(2). <https://doi.org/10.51891/rease.v8i2.4140>
- Pereira, R., & Rito, M. (2013). A análise SWOT como estratégia de (auto) avaliação: uma partilha de experiências em contextos de prática clínica supervisionada. <https://hdl.handle.net/1822/33845>
- Pestana, H. (2016). Em C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 47-56). Loures: Lusodidacta.
- Radbruch, L., Lima, L., Knaul, F., Wenk, R., Ali, Z., Bhatnagar, S., Blanchard, C., Bruera, E., Buitrago, R., Burla, C., Callaway, M., Munyoro, E., Centeno, C., Cleary, J., Connor, E., Davaasuren, O., Downing, J., Foley, K., Goh, C., . . . Pastrana, T. (2020). Redefining Palliative Care - A New Consensus-Based Definition. *Journal of Pain and Symptom Management*, 60(4), pp. 754-764. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.027>
- Regulamento n.º 140/2019. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019, pp. 4744-4750. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Regulamento n.º 392/2019. (2019). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. *Diário da República n.º 85/2019, Série II de 2019-05-03*, pp. 13565-13568. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/392-2019-122216893>
- Richardson, C., Franklin, B., Moy, M., & Jackson, E. (2019). Advances in rehabilitation for chronic diseases: improving health outcomes and function. *BMJ*. <https://doi.org/10.1136/bmj.l2191>

- Rivelsrud, M., Hartelius, L., Bergstrom, L., Lovstad, M., & Speyer, R. (2023). Prevalence of Oropharyngeal Dysphagia in Adults in Different Healthcare Settings: A systematic Review and Meta-analyses. *Dysphagia*, 38(1), pp. 76-121. <https://doi.org/10.1007/s00455-022-10465-x>
- Robinson, A., Coxon, K., McRae, J., & Calestani, M. (2022). Family carers' experiences of dysphagia after a stroke: An exploratory study of spouses living in a large metropolitan city. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 57(5), pp. 924-936. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12724>
- Sá, N., Oliveira, F., Almeida, F., Sacramento, C., & Oliveira, M. I. (2023). Programa de Enfermagem de Reabilitação na pessoa com deglutição comprometida em contexto de AVC: estudo exploratório. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 6(1). <https://doi.org/10.33194/rper.2023.265>
- Santos, J., Ribeiro, Ó., Jesus, L., & Matos, M. (2021). Oropharyngeal dysphagia in Portugal in the last decade: A mixed-methods systematic review. https://webstorage.cienciaviva.pt/public/pt.encontrociencia.www/2021/posters/1521_20210620162212_SantosRibeiroJesusMatos.pdf
- Schmahmann, J. D. (2019). The cerebellum and cognition. *Neuroscience Letters*, 688, pp. 62-75. <https://doi.org/10.1016/j.neulet.2018.07.005>
- Scottish Acquired Brain Injury Network. (s.d.). Acquired Brain Injury (ABI) E-Learning Resource: <https://www.acquiredbraininjury-education.scot.nhs.uk/impact-of-abi/visual-and-perceptual-impairments/unilateral-neglectinattention/>
- Serviços Partilhados do Ministério da Saúde. (2019). *BI SClínico Hospitalar – Expansão na enfermagem e disponibilização a médicos*. Ministério da Saúde: <https://www.spms.min-saude.pt/2019/06/bi-sclinico-hospitalar-expansao-na-enfermagem-e-disponibilizacao-a-medicos/>

- Silva, L., Lima, C., Cunha, D., & Orange, L. (2019). Disfagia e sua relação com o estado nutricional e ingestão calórico-proteica em idosos. *Revista CEFAC*, 21(3). <https://doi.org/10.1590/1982-0216/201921315618>
- Silva, R., Carvalho, A., Rebelo, L., Pinho, N., Barbosa, L., Araújo, T., Ribeiro, O., & Bettencourt, M. (2019). Contributos do referencial teórico de Afaf Meleis para Enfermagem de Reabilitação. *Revista Investigação em Enfermagem*, pp. 35-44. https://www.researchgate.net/profile/Luis-Rebelo-9/publication/337313131_Contributos_do_referencial_teorico_de_Afaf_Meleis_para_a_Enfermagem_de_Reabilitacao/links/5dd11c724585156b35198614/Contributos-do-referencial-teorico-de-Afaf-Meleis-para-a-Enfermagem-de-Reabilitacao.pdf
- Turk-Adawi , K., Supervia, M., Lopez-Jimenez, F., Pesah, E., Ding, R., Britto, R., Bjarnason-Wehrens, B., Derman, W., Abreu, A., Babu, A., Santos, C., Jong, S., Cuenza, L., Yeo, T., Scantlebury, D., Andersen, K., Gonzalez, G., Giga, V., Vulic, D., . . . Grace, S. (2019). Cardiac Rehabilitation Availability and Density around the Globe. *EClinicalMedicine*(13), pp. 31-45. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2019.06.007>
- Umay, E., Eyigor, S., Ertekin, C., Unlu, Z., Selcuk, B., Bahat, G., Karahan, A., Secil, Y., Gurcay, E., Kiylioglu, N., Keles, B., Giray, E., Tikiz, C., Gezer, I., Yaliman, A., Sen, E., Vural, M., Saylam, G., Akaltun, M., . . . Karaahmet, O. (2021). Best Practice Recommendations for Stroke Patients with Dysphagia: A Delphi-Based Consensus Study of Experts in Turkey-Part II: Rehabilitation. *Dysphagia*(36), pp. 800-820. <https://doi.org/10.1007/s00455-020-10218-8>
- Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura. (2006). Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. Retrieved Dezembro de 2022, from <https://www.ufp.pt/app/uploads/2019/06/declara%C3%A7%C3%A3o-universal-sobre-bio%C3%A9tica-e-direitos-humanos.pdf>
- Unidade de Gestão e Acompanhamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. (2023). Guia Prático – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. 4.24(37). <https://www.seg->

social.pt/documents/10152/27187/N37_rede_nacional_cuidados_continuados_integrados_rncci/f2a042b4-d64f-44e8-8b68-b691c7b5010a

- Verdonschot, R. J., Baijens, L. W., Serroyen, J. L., Leue, C., & Kremer, B. (2013). Symptoms of anxiety and depression assessed with the Hospital Anxiety and Depression Scale in patients with oropharyngeal dysphagia. *Journal of psychosomatic research*, 75(5), pp. 451-455. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2013.08.021>
- Vossel, S., Weiss, P., Eschenbeck, P., & Fink, G. (2013). Anosognosia, neglect, extinction and lesion site predict impairment of daily living after right-hemispheric stroke. *Cortex*, 49(7), pp. 1782-1789. <https://doi.org/10.1016/j.cortex.2012.12.011>
- Wilkinson, J., Codipilly, D., & Wilfahrt, R. (2021). Dysphagia: Evaluation and Collaborative Management. *American family physician*, 103(2), pp. 97-106. <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2021/0115/p97.pdf>
- Winstein, C., Stein, J., Arena, R., Bates, B., Cherney, L., & Cramer, S. (2016). Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery - A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *AHA/ASA Guideline*. <https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000098>
- World Gastroenterology Organisation . (2014). Disfagia: diretrizes e cascatas mundiais. *World Gastroenterology Organisation Practice Guidelines*. <https://www.worldgastroenterology.org/guidelines/dysphagia/dysphagia-portuguese>
- Yamada's Handbook of Gastroenterology. (2013). *Wiley*. <https://doi.org/10.1002/9781118572610>
- Zeng, X., Li, L., Wang, W., & Zhu, L. (2021). Rehabilitation Nursing Intervention can improve Dysphagia and Quality of Life of Patients Undergoing Radiotherapy for Esophageal Cancer. *Journal of Oncology*, pp. 1-6. <https://doi.org/http://doi.org/10.1155/2021/3711699>