



Escola Superior  
Saúde  
Santa Maria

# **ALTERAÇÃO DA DEGLUTIÇÃO: INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA COMUNIDADE**

Relatório de estágio no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação orientado pela Professora Doutora Inês Alves da Rocha e Silva Rocha e coorientado pela Professora Doutora Tânia Marisa Pinto Rodrigues apresentada à Escola Superior de Saúde de Santa Maria.

Luciana Sofia Ascensão Salvador

Agosto, 2023

Porto

## PENSAMENTO

“Se não consegues voar então corre.  
Se não consegues correr então anda.  
Se não consegues andar então rasteja,  
mas fazas o que fizeres,  
tens de continuar a seguir em frente.”

Martin Luther King Jr. (1960)

## **DEDICATÓRIA**

Aos meus pais, irmã e namorado, os meus pilares, que são a minha maior motivação e me ensinam o verdadeiro significado da palavra amor.

## **AGRADECIMENTOS**

O percurso que conduziu à elaboração deste relatório e ao seu resultado final é indissociável da contribuição de várias pessoas, a quem gostaria de agradecer:

À Professora Doutora Inês Rocha, pela influência marcante que teve nos primeiros passos na investigação, pela sua atenção ao pormenor, pela orientação fundamentada e crítico-reflexiva, pelo acompanhamento ao longo dos últimos meses e pela disponibilidade constante durante a elaboração deste relatório.

À Professora Doutora Tânia Rodrigues, pela preocupação e acompanhamento neste percurso.

A todos os Professores que me acompanharam e me transmitiram os seus saberes, muito obrigada.

Ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação Rui Pedro Silva, por todo o apoio, pela partilha de conhecimento e por todas as experiências que me proporcionou. Para mim um grande exemplo como profissional!

A todos os enfermeiros e utentes que me proporcionaram oportunidades de intervenção ao longo deste percurso.

Aos meus queridos pais, por acreditarem em mim, por me motivarem constantemente, e pelo alento em dias mais conturbados. Sou muito grata por vos ter na minha vida, por serem um exemplo de determinação, perseverança e coragem, que me inspiram. Vocês são os melhores exemplos que poderia ter!

À minha fantástica irmã, pela ajuda preciosa que me deu ao longo deste percurso. Muito obrigada pela aprendizagem, e por fomentares em mim o espírito de exigência e criatividade. Sou uma sortuda por te ter na minha vida!

Ao meu maravilhoso namorado, por ser o meu porto seguro. Obrigada pelo incentivo, por toda a compreensão, pelo carinho e pelo amor... O mundo é um lugar melhor por tu existires!

Aos meus amigos e colegas por toda a paciência e por todo o apoio incondicional.

## CHAVE DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ACeS	Agrupamentos de Centros de Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
AVD's	Atividades de Vida Diária
CIPE®	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem®
DGS	Direção-Geral da Saúde
CSP	Cuidados de Saúde Primários
DP	Desvio Padrão
ECCI	Equipa de Cuidados Continuados Integrados
ECL	Equipa Coordenadora Local
EEER	Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação
ER	Enfermagem de Reabilitação
ESSSM	Escola Superior de Saúde de Santa Maria
GUSS	<i>Gugging Swallowing Screen</i>
INE	Instituto Nacional de Estatística
M	Média
ml	Mililitros
n	Tamanho amostral da amostra
OE	Ordem dos Enfermeiros
OMS	Organização Mundial de Saúde
PEG	<i>Percutaneous Endoscopic Gastrostomy</i>
PMQ	Projeto de Melhoria da Qualidade
RIL	Revisão Integrativa da Literatura
RNCCI	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
SARS-CoV2	<i>Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2</i>
SNG	Sonda Nasogástrica
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SPSS®	<i>Statistical Package for the Social Sciences®</i>
TCE	Traumatismo Cranioencefálico
TOR-BBSST	<i>Toronto Bedside Swallowing Screening Test</i>
UCC	Unidade de Cuidados na Comunidade
UCSP	União de Cuidados de Saúde Personalizados
USF	Unidade de Saúde Familiar

## RESUMO

O processo de deglutição integra uma das mais importantes funções fisiológicas para a manutenção da vida, pois é através do ato de deglutir que os seres humanos adquirem os nutrientes necessários para o funcionamento do seu organismo. A deglutição é um mecanismo complexo que implica a participação coordenada de várias áreas anatômicas que, por meio de movimentos e pressões, permitem que o alimento seja conduzido de forma eficiente e segura desde a cavidade oral até ao estômago. Qualquer compromisso neste processo denomina-se disfagia e pode levar a diversas complicações como desnutrição, desidratação, pneumonia de aspiração, aumento de reinternamentos hospitalares e isolamento social, contribuindo, desta forma, para a diminuição da qualidade de vida da pessoa e dos seus cuidadores. Para a prevenção ou diminuição destas complicações, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) deve intervir com o objetivo de capacitar o utente e o cuidador para a melhoria do processo de deglutição.

O EEER, além de planear e intervir autonomamente, deverá promover a formação dos enfermeiros da prática clínica. Assim, o trabalho desenvolvido ao longo do estágio de opção, teve como intuito aprimorar o conhecimento e melhorar a capacidade dos enfermeiros de uma Unidade de Cuidados Continuados (UCC) para intervir em utentes com compromisso da deglutição e seus familiares cuidadores, de forma a aumentar a qualidade dos cuidados prestados. A metodologia utilizada na elaboração deste relatório foi o Projeto de Melhoria da Qualidade (PMQ), como estratégia de intervenção profissional, tendo-se realizado uma formação em serviço e uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL).

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

## **ABSTRACT**

The process of swallowing is one of the most important physiological functions for maintaining life, since it is through the act of swallowing that human beings acquire the nutrients necessary for their bodies to function. Swallowing is a complex mechanism that involves the coordinated participation of various anatomical areas which, through movements and pressure, allow food to be carried efficiently and safely from the oral cavity to the stomach. Any compromise in this process is called dysphagia and can lead to various complications such as malnutrition, dehydration, aspiration pneumonia, increased hospital readmissions and social isolation, thus contributing to a reduced quality of life for the person and their carers. In order to prevent or reduce these complications, the Rehabilitation Nurse Specialist (RNS) must intervene with the aim of training the patient and carer to improve the swallowing process.

As well as planning and intervening autonomously, the RNS should promote the training of nurses in clinical practice. Thus, the work carried out during the option internship was aimed at improving the knowledge and capacity of nurses in a Continuous Care Unit (CCU) to intervene with patients with swallowing problems and their family carers, in order to increase the quality of care provided. The methodology used to produce this report was the Quality Improvement Project (QIP) as a professional intervention strategy, with in-service training and an Integrative Literature Review (ILR).

**Keywords:** Deglutition Disorders; Rehabilitation Nursing; Surveys and Questionnaires

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....</b>	<b>13</b>
1.1. PROCESSO DE DEGLUTIÇÃO.....	13
1.2 INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA PESSOA COM DISFAGIA .....	20
1.3 INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DA DEGLUTIÇÃO EM ADULTOS: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA (ARTIGO).....	26
<b>2. CONTEXTUALIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO .....</b>	<b>37</b>
2.1 A REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS E AS EQUIPAS DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS .....	37
2.2 CARACTERIZAÇÃO DA EQUIPA DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS ONDE DECORREU O ESTÁGIO.....	39
<b>3. PROCESSO METODOLÓGICO.....</b>	<b>41</b>
3.1 DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO.....	41
3.2 DEFINIÇÃO DOS OBJETIVOS.....	45
3.3 PLANEAMENTO.....	45
3.4 EXECUÇÃO E AVALIAÇÃO.....	46
3.5 DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS .....	55
<b>4. REFLEXÃO SOBRE AS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS NO ESTÁGIO DE OPÇÃO.....</b>	<b>61</b>
4.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	62
4.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO .....	67
4.3 COMPETÊNCIAS DE MESTRE.....	71
<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>73</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>77</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>85</b>

ANEXO I – PARECER DO AGRUPAMENTO DOS CENTROS DE SAÚDE

ANEXO II – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO EM SERVIÇO

### APÊNDICES

APÊNDICE I – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO SOBRE A DISFAGIA

APÊNDICE II – DECLARAÇÃO DO CONSENTIMENTO INFORMADO

APÊNDICE III – FORMAÇÃO EM SERVIÇO “ALTERAÇÃO DA DEGLUTIÇÃO”

APÊNDICE IV – PANFLETO SOBRE “VIVER COM A DISFAGIA”

## **ÍNDICE DE QUADROS**

<b>Quadro 1: Problemas e estratégias de resolução do diagnóstico de situação.....</b>	<b>46</b>
---	-----------

## ÍNDICE DE TABELAS

<b>Tabela 1:</b> Resposta dos enfermeiros relativa à questão 1 do questionário: “A que grupo (s) se destina os rastreios da disfagia.” .....	48
<b>Tabela 2:</b> Resposta dos enfermeiros relativa à questão 2 do questionário: “Conhece ou já alguma vez utilizou a Escala de GUSS.” .....	49
<b>Tabela 3:</b> Resposta dos enfermeiros relativa à questão 3 do questionário “Relativamente à avaliação direta da deglutição da Escala de GUSS, os critérios de avaliação são:” .....	50
<b>Tabela 4:</b> Resposta dos enfermeiros relativa à questão 4: “Relativamente à avaliação indireta da deglutição da Escala de GUSS, os critérios de avaliação são:” .....	51
<b>Tabela 5:</b> Resposta dos enfermeiros relativa à questão 5 do questionário: “Dos sinais de alerta abaixo descritos, identifique os que estão presentes em doentes com disfagia.” .....	52
<b>Tabela 6:</b> Resposta dos enfermeiros relativa à questão 6 do questionário: “Relativamente aos ensinios ao prestador de cuidados do doente com disfagia, refira quais as estratégias facilitadoras da deglutição.” .....	54
<b>Tabela 7:</b> Grau de satisfação dos participantes relativamente à competência técnica e pedagógica do formador. ....	57
<b>Tabela 8:</b> Grau de satisfação dos participantes relativamente ao conteúdo programático da formação. ....	58
<b>Tabela 9:</b> Grau de satisfação dos participantes relativamente aos aspetos organizativos e logísticos da formação. ....	58
<b>Tabela 10:</b> Grau de satisfação dos participantes relativamente à motivação/participação do formador.....	59
<b>Tabela 11:</b> Grau de satisfação dos participantes relativamente à apreciação global da formação. ....	59

## INTRODUÇÃO

Este relatório foi desenvolvido no âmbito do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde de Santa Maria, em associação com a Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny e Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha – Alto Tâmega.

O presente relatório pretende descrever detalhadamente todo o processo de aquisição e desenvolvimento das competências quer comuns, quer específicas do EEER, bem como a aquisição das competências inerentes ao grau de mestre, através da análise reflexiva das atividades desenvolvidas ao longo do estágio, no qual se incluiu um PMQ cujo objetivo major foi contribuir para a segurança e a qualidade dos cuidados prestados numa Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) do grande Porto relativamente à temática da deglutição.

O tema escolhido para o desenvolvimento deste trabalho surgiu da necessidade verbalizada pelos EEER da ECCI onde decorreu o estágio de opção, que reconheciam a importância de minimizar as complicações associadas ao compromisso da deglutição dos seus utentes, através de uma deteção precoce e de um acompanhamento adequado. De facto, só desta forma é que se pode assegurar que o estado nutricional e a hidratação do utente não estejam comprometidas (Ferreira et al., 2022a). Por sua vez, Audag et al. (2021) referem que uma triagem sistemática pode contribuir para a identificação prévia de distúrbios da deglutição, sendo crucial para a diminuição de intercorrências. Nesse sentido, torna-se essencial perceber quais os instrumentos a que se pode recorrer para realizar a avaliação da deglutição dos adultos.

Em Portugal, verifica-se uma alta prevalência da disfagia, pelo que é premente a capacitação dos enfermeiros sobre esta temática, para que os mesmos possam ensinar, instruir e treinar os utentes e os familiares cuidadores (Costa, 2020). Assim, perspetiva-se que o EEER, devido às suas competências especializadas, que incluem a conceção, a implementação e a monitorização de planos de enfermagem de reabilitação diferenciados e individualizados, baseados em problemas reais e potenciais das pessoas, poderá desempenhar um papel determinante neste âmbito (Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros, 2019).

No decorrer do estágio de opção foi desenvolvido um PMQ, de acordo com as etapas preconizadas por (Ruivo et al., 2010), com o propósito de aprimorar o

conhecimento e melhorar a capacidade dos enfermeiros da UCC para intervir em utentes com compromisso da deglutição e seus familiares cuidadores. Assim, para cada etapa do PMQ, recorreram-se a diversas metodologias. Na primeira etapa – diagnóstico de situação –, realizou-se um estudo descritivo-exploratório retrospectivo (análise dos registos do SClinico<sup>®</sup>). Seguiu-se a etapa de definição dos objetivos, onde foram identificados o objetivo geral e os específicos. Na etapa de planeamento, realizou-se uma RIL (que foi redigida em formato de artigo), no sentido de mapear e analisar a evidência existente sobre os instrumentos de avaliação da deglutição em adultos. Além disso, foi solicitado aos enfermeiros da UCC que preenchessem um questionário, após o seu consentimento, que continha questões sobre dados sociodemográficos e sobre a disfagia e a intervenção do enfermeiro nesse âmbito. Nas etapas de execução e de avaliação foi realizada uma formação em serviço, tendo-se ainda procedido ao mesmo *modus operandis*, ou seja, foi solicitado aos enfermeiros que após a formação voltassem a preencher o mesmo questionário, de forma a efetuar a comparação dos dados obtidos nas duas etapas. É ainda de realçar que foi realizado um panfleto sobre a temática da disfagia, de forma a sustentar o conhecimento e a capacidade do utente e/ou familiar cuidador sobre a alteração da deglutição, servindo de apoio à capacitação efetuada pelos enfermeiros da UCC.

No que concerne à estrutura, este relatório encontra-se dividido em cinco capítulos, no sentido de facilitar a leitura do percurso realizado. Assim, inicia-se com a introdução, sendo seguida do enquadramento teórico – onde se desenvolveu a temática da deglutição e a intervenção do EEER no processo de deglutição comprometida, assim como se apresenta a RIL sobre os instrumentos de avaliação da deglutição em adultos. Posteriormente, surge o capítulo com a contextualização da ECCI, especificando o local onde foi realizado o estágio de opção. O terceiro capítulo diz respeito ao percurso metodológico, onde se explanam as diferentes etapas do PMQ, sendo descritas as atividades desenvolvidas em cada uma delas. No quarto capítulo procede-se a uma análise crítico-reflexiva sobre o desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista, das competências específicas do EEER e, por último, das competências de mestre. O relatório finaliza com uma conclusão global e integrativa, seguindo-se da apresentação das referências bibliográficas utilizadas em todos os capítulos, à exceção do subcapítulo onde se encontra a RIL, dado o artigo integrar já as referências bibliográficas utilizadas na sua redação.

## 1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Neste capítulo pretende-se enquadrar teoricamente os principais conceitos deste relatório. Assim, no primeiro subcapítulo será abordado o processo de deglutição, explanando-se a definição e as respetivas fases, assim como será abordada a definição de disfagia, os diferentes tipos, a prevalência, e a etiologia. No segundo subcapítulo, irá explicar-se a intervenção do EEER na pessoa com disfagia. Por fim, o terceiro subcapítulo diz respeito à RIL intitulada “Instrumentos de avaliação da deglutição em adultos: Revisão integrativa da literatura”.

### 1.1. PROCESSO DE DEGLUTIÇÃO

O processo de deglutição é uma das funções fisiológicas inerentes ao ser humano e assume uma função essencial para a manutenção da vida (Rech et al., 2018). De um modo geral, caracteriza-se pelo transporte de alimentos da cavidade oral para o estômago, envolvendo vários mecanismos neuromotores coordenados entre si, que possibilitam essa passagem de forma efetiva (Starmer et al., 2020). De facto, é através do ato de deglutir que o ser humano adquire nutrientes necessários para um funcionamento eficiente do seu organismo (Feiteirona, 2020). O processo de deglutição é efetuado aproximadamente 1000 vezes por dia num adulto saudável e a sua alteração tem um impacto altamente negativo não só na vida social, como também na qualidade de vida destes utentes (Silva, 2019).

A deglutição é uma atividade neuromuscular reflexa, presente desde a oitava semana de gestação, e comandada pela formação reticular do tronco cerebral (Branco & Portinha, 2017). Melgaard et al. (2018) referem que este é um processo fisiológico complexo e dinâmico, envolvendo cerca de 30 grupos musculares – da boca, faringe, laringe e esófago –, dentes, ossos e a participação direta de 6 pares cranianos – Trigêmeo (V), Facial (VII), Glossofaríngeo (IX), Vago (X), Acessório (XI) e Hipoglosso (XII). O processo de deglutição é complexo, dinâmico e automático, envolvendo movimentos voluntários e involuntários de estruturas interdependentes (orais, respiratórias, faríngeas, laríngeas e esofágicas) comandadas pelo sistema nervoso (*Royal College of Speech and Language Therapists*, 2021).

O conhecimento da fisiologia da deglutição é fundamental para que o profissional de saúde consiga compreender as relações multifatoriais envolvidas na disfagia e, conseqüentemente, esteja apto a diagnosticar e a intervir no compromisso da deglutição

(Patrícia & Nunes, 2020). De facto, as fases da deglutição atuam de forma sequenciada e encontram-se intrinsecamente relacionadas, possuindo especificidades próprias que devem ser conhecidas para se poder identificar a fase em que a deglutição está mais predominantemente alterada (Branco & Portinha, 2017). De acordo com os mesmos autores, no cérebro existe uma representação cortical bilateral da função de deglutição. No lobo frontal, giro pré-central inferior (representação da língua e face), está o centro responsável pelo início voluntário da deglutição. A área motora primária, a área motora suplementar (preparação para a deglutição voluntária) e o córtex somatossensitivo (*input* sensitivo fundamental à deglutição) estão envolvidos na regulação e no controlo sensoriomotor. Além destas áreas, fazem ainda parte da deglutição: o giro cingulado anterior (monitorização das funções autonómicas) e o córtex orbi-frontal, parieto-occipital e temporo-polar. O lobo da ínsula, particularmente o direito, permite que o paladar e a sensibilidade da cavidade oral possam modular a deglutição.

Em termos anatómicos, a deglutição tem duas fases: voluntária e involuntária (Branco & Portinha, 2017). A fase voluntária inicia-se com a vontade de alimentação e introdução do alimento na cavidade oral e termina com o movimento de propulsão (para cima e para trás) da língua, impelindo o bolo alimentar contra o palato, permitindo a sua movimentação da cavidade oral até à cavidade faríngea. Por sua vez, a fase involuntária é a passagem do bolo alimentar pela faringe e pelo esófago, iniciando-se quando o bolo é pressionado contra o palato para entrar na faringe, através das projeções sensoriais do palato mole para o centro da deglutição reticular.

Embora a deglutição seja um processo contínuo, esta divide-se em várias fases, que diferem consoante o ato voluntário e involuntário das estruturas anatómicas envolvidas (Costa, 2020). A classificação mais consensual, em relação ao número de fases, assume que existe três fases essenciais: oral, faríngea e esofágica (French et al., 2016; *World Gastroenterology Organization*, 2014).

Segundo Costa (2020), a fase oral é voluntária e subdivide-se em preparatória e oral propriamente dita. Na fase oral preparatória há a consciencialização de que a pessoa se irá alimentar, consistindo na entrada do alimento na cavidade oral e no processo de transformação do alimento em bolo alimentar, com duração variável dependendo do sabor, fome, motivação e consciência da pessoa. Seguidamente, há o encerramento dos lábios para manter o alimento na porção anterior da boca, tensão da musculatura labial e da cavidade oral, excursão lateral da mandíbula e lateralização da língua, com o objetivo de posicionar o alimento entre as arcadas dentárias para a degradação do alimento, sendo

os mesmos envolvidos em saliva. Para que este processo motor ocorra, tem de existir primeiramente uma resposta neurossensorial positiva ao alimento. Ainda na fase oral preparatória, os alimentos são levados à boca e inicia-se o processamento do alimento, através da mastigação até à formação do bolo alimentar. Os recetores presentes na boca reconhecem o alimento (consistência, cheiro, gosto e volume). A língua molda o bolo numa única bola, estando assim preparados para a fase seguinte, sendo importante o encerramento dos lábios para que o bolo se mantenha dentro da cavidade oral (Logemann & Larsen, 2012). Aqui, a faringe e a laringe encontram-se em repouso, estando a via aérea desimpedida. O tempo que o bolo alimentar deve permanecer na cavidade oral, é de 10 a 20 segundos (Branco & Portinha, 2017).

Relativamente à fase faríngea, esta é involuntária/reflexa, caracterizando-se pela propulsão do bolo alimentar para a faringe com a finalidade de atingir o esófago através da contração peristáltica descendente dos músculos constritores faríngeos (Branco & Portinha, 2017). É nesta fase que ocorre a elevação do palato mole, de modo a evitar a passagem do bolo alimentar para a nasofaringe. Além disso, a parede posterior da faringe anterioriza-se ligeiramente, comprimindo o bolo contra o dorso da língua. Desta forma, o alimento é impedido de subir uma vez que o palato mole está encerrado, e de voltar para a cavidade oral, devido à constrição pelo dorso da língua. Por conseguinte, o bolo alimentar é então forçado a passar para o esófago. Simultaneamente, a laringe eleva-se e anterioriza-se levando ao encerramento completo e automático da glote, realizado pelo epiglote, e verifica-se a adução das pregas vocais e a aproximação das cartilagens aritenoides, no sentido de proteger a via aérea inferior. É de salientar que a fase faríngea dura cerca de um segundo (Hoeman, 2011).

Por último, a fase esofágica é reflexa/involuntária e inicia-se com a progressão do bolo alimentar da faringe para o esófago, através do músculo cricofaríngeo (concomitante à elevação da laringe). O esófago é constituído por esfíncteres: esfíncter esofágico superior e o esfíncter esofágico inferior, que evitam o refluxo esofágico e criam uma pressão descendente através de aberturas e encerramentos sincronizados. Relativamente à forma como os diferentes tipos do bolo alimentar são transportados, salienta-se que os líquidos atravessam a faringe e o esófago apenas por ação da força gravitacional, enquanto que os sólidos fazem este percurso com o auxílio dos movimentos peristálticos. Esta fase termina quando o bolo alimentar atinge a junção gastroesofágica e se inicia a digestão propriamente dita, no estômago. O trânsito esofágico varia de oito a 20 segundos (Oliveira, 2022a).

As alterações na deglutição estão associadas a alterações no funcionamento das estruturas envolvidas na deglutição, assim como a alterações do estado de consciência, atenção, percepção, coordenação, força e sensibilidade (Braga, 2017). Sendo a deglutição um processo clinicamente complexo, a interferência em qualquer uma das suas fases, independentemente da sua natureza, pode provocar alterações que resultam na disfagia (Braga, 2017).

A disfagia pode ser definida como uma alteração da deglutição que se caracteriza por uma dificuldade na preparação do bolo alimentar e no deslocamento do mesmo desde a boca até ao estômago, podendo incluir um atraso ou falha na transferência do bolo alimentar, ou até mesmo um erro na direção, implicando a sua mobilização para a via aérea (Terré, 2020). A disfagia é então considerada um distúrbio da deglutição, com sinais e sintomas específicos, que se caracteriza pela ocorrência de alterações em qualquer etapa e/ou entre as etapas da dinâmica da deglutição, podendo ser dividida em orofaríngea ou esofágica (*National Institute for Health and Care Excellence*, 2019).

A disfagia orofaríngea consiste na dificuldade ou desconforto que surge durante o processo de deglutição, desde o momento em que o alimento ou bebida chega à boca e se forma o bolo alimentar, até que ocorre a abertura do esfíncter esofágico superior do esôfago (*Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria*, 2020). Esta disfagia engloba alterações de origem oral, faríngea, laríngea e do esfíncter esofágico superior e é responsável por quase 80% das disfagias identificadas (Oliveira et al., 2021). O sinal mais comum associado à disfagia orofaríngea é a tosse imediata ou nos minutos seguintes à deglutição (Triggs & Pandolfino, 2019). No entanto, a dificuldade em iniciar a deglutição, a regurgitação nasal, a disartria, as alterações vocais após a deglutição (exemplo: voz húmida) e a disfonia, são indicadores da presença deste tipo de disfagia (Triggs & Pandolfino, 2019).

Em relação à disfagia esofágica, esta compreende a dificuldade ou desconforto que surge durante o processo de deglutição, desde o momento em que o bolo alimentar ou bebida passa pelo esfíncter esofágico superior até chegar ao estômago (*Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria*, 2020). Os sinais e sintomas surgem geralmente alguns segundos após a deglutição e são geralmente associados a incómodos ou pressões na região retrosternal até à cervical (Branco & Portinha, 2017). Este tipo de disfagia constitui-se como cerca de 20% das disfagias diagnosticadas (Oliveira et al., 2021).

Nesse sentido, torna-se importante questionar ao utente se a disfagia ocorre com alimentos sólidos, líquidos ou ambos, e se é permanente ou intermitente, assim como a duração dos sintomas. Com base na história clínica e numa anamnese cuidadosa, é possível identificar e localizar o tipo de disfagia (Triggs & Pandolfino, 2019).

Habitualmente, a disfagia pode ocorrer: por causas de ordem neurológica ou neurogénica, que afetam o sistema nervoso central ou sistema nervoso periférico e comprometem a coordenação neuronal da deglutição (exemplo: sequelas de AVC, TCE, paralisia cerebral, doença de Parkinson, doença de Alzheimer...); por alterações mecânicas/estruturais, que englobam qualquer alteração das estruturas envolvidas durante o processo de deglutição (exemplo: tumores de cabeça e pescoço, malformações congénitas e traumatismos); por alterações de ordem psicogénica (exemplo: alterações emocionais); por alterações decorrentes do envelhecimento (exemplo: fraqueza muscular e xerostomia); ou por alterações medicamentosas (exemplo: efeitos colaterais de medicação) (Braga, 2016a).

A disfagia é altamente prevalente, estimando-se que afete aproximadamente 8% da população mundial (Cichero et al., 2017). Skarbinski e Glennon (2020) referem que, anualmente, são diagnosticados com disfagia aproximadamente um milhão de pessoas. Convém ainda salientar que a prevalência da disfagia se encontra relacionada com as diversas patologias, sendo predominantemente em: 95% das pessoas com doença do neurónio motor; 68% das pessoas institucionalizadas com demência; 65% das pessoas pós-AVC; 50% das pessoas com Doença de Parkinson; 33% das pessoas com Esclerose Múltipla; e em 50-60% de pessoas com cancro de cabeça e pescoço (*Royal College of Speech and Language Therapists*, 2022).

Em Portugal, verifica-se que a população está cada vez mais envelhecida, existindo 182 idosos por cada 100 jovens portugueses (Instituto Nacional de Estatística, 2020). Em relação a 2001, o grupo etário dos 65 anos ou mais aumentou 20,6% no ano de 2020, passando de dois milhões para mais de 2,4 milhões (Instituto Nacional de Estatística, 2020). Segundo o exercício de Projeções de População Residente entre 2018-2080, de acordo com o cenário central de projeção, o número de idosos (65 e mais anos) passará de 2,2 para 3,0 milhões. Em 2080, o índice de envelhecimento em Portugal irá quase duplicar, passando de 159 para 300 idosos por cada 100 jovens.

Segundo Rech et al. (2018), o processo de envelhecimento pode ser acompanhado pelo declínio de capacidades tanto físicas, como cognitivas. A deglutição envolve o sistema neurológico, respiratório e digestivo, que com o envelhecimento ocasionam

distúrbios em uma ou mais fases de seu processo. Para designar as modificações normais no processo de deglutição decorrentes da degeneração fisiológica em virtude do envelhecimento sadio das fibras nervosas e musculares e dos componentes anatómicos craniofaciais, utiliza-se a denominação presbifagia (Baijens et al., 2016).

Em 2016, a presbifagia foi reconhecida como uma síndrome geriátrica pela *European Society for Swallowing Disorders* e pela *European Union of Geriatric Medicine Society*, atendendo à sua natureza multifatorial e por apresentar uma taxa de prevalência de 60% em idosos institucionalizados (Ferreira et al., 2022)

Segundo o mesmo autor, este processo natural do envelhecimento verifica-se na redução da funcionalidade dos vários órgãos e sistemas do organismo, com deterioração do sistema sensorial e das funções motoras (Ferreira et al., 2022). De facto, o envelhecimento pode provocar uma visão insuficiente e a redução na propriocepção tanto na língua como nos lábios, levando a uma redução da capacidade de identificar texturas e viscosidades, traduzindo-se num aumento dos tempos das fases de deglutição (Machado, 2013).

A *American Speech Language Hearing Association* (2020) salienta que a desnutrição, a desidratação, a pneumonia por aspiração, as doenças pulmonares, a asfixia e a morte precoce são algumas das consequências da disfagia. Além disso, a pessoa com um compromisso na deglutição apresenta, por norma, desinteresse em comer e/ou beber, bem como constrangimento ou isolamento social (Oliveira et al., 2021). Baijens et al. (2016) referem que as complicações associadas ao compromisso da deglutição levam a um aumento das readmissões hospitalares e do tempo de internamento, estando maioritariamente associadas à aspiração. Segundo a CIPE® (2019), a aspiração refere-se ao “processo do sistema respiratório comprometido: inalação de substâncias gástricas ou externas para a traqueia ou pulmões.”. De salientar que, numa pessoa sem disfagia, o risco de aspiração é menor, em virtude de fisiologicamente ser despoletado um reflexo de tosse vigoroso (Minshall & Pownall, 2019). No entanto, quando existe uma alteração da sensibilidade das estruturas envolvidas neste processo, sem que seja desencadeado o reflexo da tosse ou qualquer outro sinal de aspiração, pode estar a ocorrer uma aspiração silenciosa, sendo o que acontece com cerca de 22-52% dos utentes disfágicos (Minshall & Pownall, 2019).

Compreende-se então que as alterações associadas à disfagia se repercutem num aumento dos custos e na sobrecarga do cuidador, uma vez que pode exigir alterações significativas no estilo de vida do utente e da sua família (Moreira, 2021). Nesse sentido,

torna-se imprescindível realizar uma avaliação precoce, no sentido de reduzir a incidência de complicações e proporcionar uma prestação de cuidados mais segura (Oliveira et al., 2021).

Atualmente, existem vários instrumentos para realizar a triagem de utentes com disfagia. No entanto, em Portugal, a Ordem dos Enfermeiros (OE) preconiza dois instrumentos de avaliação: a Escala de *Gugging Swallowing Screen* (GUSS), sendo esta a mais utilizada, e a *Toronto Bedside Swallowing Screening Test* (TOR-BSST) (Ordem dos Enfermeiros, 2016). A escala de GUSS tem como objetivo avaliar a deglutição para despiste da disfagia, tendo a vantagem de fornecer indicações sobre a dieta recomendada (Ferreira et al., 2018). De salientar que esta escala foi validada para a população portuguesa e apresenta boas propriedades psicométricas: sensibilidade de 100% e especificidade de 69% (Ferreira et al., 2018). Segundo o mesmo autor, apesar deste instrumento de avaliação ser fiável para o despiste rápido da disfagia no utente em fase aguda, existe ainda a necessidade de se desenvolver mais estudos com a aplicação desta escala, em outros contextos clínicos e com diversos grupos dos utentes, para além de utentes com AVC. Quanto à escala TOR-BSST, esta foi validada para a pessoa com AVC, embora possa ser aplicado em outros contextos (Ordem dos Enfermeiros, 2016). Em 2009, esta escala foi construída e validada para se realizar a triagem de disfagia. Atualmente, esta contempla quatro itens de avaliação: o primeiro item avalia a qualidade vocal prévia do utente antes da deglutição, de forma a identificar qualquer alteração (exemplo: rouquidão); o segundo item avalia o movimento da língua, identificando assimetria na protusão ou lateralização; o terceiro item consiste na deglutição de líquidos, no sentido de identificar sinais clínicos de direcionamento incorreto dos mesmos (exemplo: tosse, sialorreia ou alteração na qualidade da voz) e o quarto item avalia a qualidade vocal do utente um minuto após a deglutição de líquidos (Pacheco-Castilho et al., 2021). Segundo Costa (2020), esta escala apresenta elevada sensibilidade (96,3% para utentes agudos; 80% para utentes em reabilitação) e razoável especificidade (66,7%) na identificação da disfagia.

## 1.2 INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA PESSOA COM DISFAGIA

Partindo das competências e padrões de qualidade definidos pela entidade reguladora da profissão, o EEER intervém junto da pessoa com alteração da deglutição, com o intuito de conceber planos, selecionar e prescrever as intervenções para otimizar e/ou reeducar a função e elaborar programas de reeducação funcional (Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros, 2019). Nesse sentido, o EEER após a confirmação o mais precoce possível da alteração da deglutição deve iniciar um programa de reeducação da deglutição com intervenções específicas promotoras da melhoria da funcionalidade e prevenção de complicações (Braga, 2016a; Branco & Portinha, 2017; Moreira, 2021).

As intervenções preconizadas para a pessoa com disfagia têm como objetivo: otimizar a nutrição/hidratação e retornar à ingestão oral segura e eficiente, incluindo incorporar as preferências alimentares e consultar os cuidadores para garantir que as atividades diárias da pessoa são tidas em consideração; determinar os melhores métodos/técnicas de alimentação, com o intuito de maximizar a segurança da deglutição e a eficiência alimentar; minimizar o risco de complicações pulmonares; e reduzir a sobrecarga da pessoa e do cuidador, maximizando a qualidade de vida da pessoa e desenvolvendo planos de intervenção para melhorar a segurança e eficácia da deglutição (Silva, 2019).

No apoio às pessoas com disfagia podem ser utilizadas várias abordagens: técnicas posturais, estimulação sensitiva, mudanças voluntárias na deglutição, exercícios de amplitude de movimentos e fortalecimento muscular, alterações na dieta e cinesioterapia respiratória. Estas intervenções têm como objetivo identificar alterações no processo de deglutição e promover a deglutição eficaz (Braga, 2016b). Aquando da execução dos exercícios é necessário que a pessoa se apresente concentrada na tarefa a desempenhar. De preferência, devem ser realizados com a pessoa sentada em frente a um espelho, mais do que uma vez por dia, e a sessão não deverá ser muito prolongada no tempo (Moreira, 2021). O EEER deve assistir a pessoa na concretização dos exercícios, podendo fazer uma ligeira resistência, dependendo da restauração do movimento (Braga, 2016b).

Na avaliação da deglutição, o EEER não só deve ter em consideração a privacidade do utente, como também deve tentar promover a diminuição da distração. Desta forma, o programa de enfermagem de reabilitação deve ser implementado numa

sala com o ambiente calmo, sem ruídos, iluminada e que no seu interior permaneça unicamente a pessoa e o EEER. De referir que este deve avaliar a pessoa, sentado ao mesmo nível, de frente um para o outro, ou, caso necessário, deve recorrer-se a técnicas para promover o controlo postural e/ou reeducação postural, devendo o profissional estar por trás ou ao lado da pessoa (Moreira, 2021). Quanto aos recursos materiais, torna-se necessário a utilização de duas cadeiras, uma para a pessoa e outra para o EEER, uma mesa, água bidestilada, pão, colher de chá, espessante alimentar ou água gelificada, um copo (200ml), o oxímetro e o estetoscópio (Feiteirona, 2020).

A reabilitação de um utente com disfagia envolve a elaboração de um programa de reabilitação individualizado com um conjunto de procedimentos capazes de causar efeitos benéficos para o utente disfágico e maximizar a capacidade funcional do mesmo. A intervenção do EEER pode consistir em estratégias de compensação e de reabilitação, nomeadamente as alterações na consistência da dieta, exercícios posturais, estimulação sensitiva, mudanças voluntárias da deglutição e exercícios de amplitude de movimentos e fortalecimento muscular (Silva, 2019). De salientar, as técnicas compensatórias que permitem ao utente ingerir alguns alimentos por via oral sem aspirar, e os exercícios de reabilitação com o objetivo de melhorar a força e a coordenação (Braga, 2016b). Segundo o mesmo autor, o treino da deglutição permite melhorar o *timing*, coordenação, velocidade de reação, planeamento motor e amplitude de movimentos das estruturas envolvidas na deglutição, reduzindo o risco de aspiração.

Relativamente às intervenções compensatórias, estas visam minimizar a ocorrência de complicações, utilizando estratégias como técnicas posturais, estimulação sensorial, alteração da consistência dos alimentos, apresentação dos alimentos e controlo do meio ambiente (Braga, 2016b). O mesmo autor preconiza que as técnicas posturais, se consubstanciam em mudanças de postura que vão influenciar a forma como o bolo alimentar se desloca pela ação da gravidade, sendo utilizadas para prevenir a aspiração ou aumentar a eficácia da deglutição. Por sua vez, as técnicas posturais são usadas para controlar o fluxo do bolo e para reduzir ou eliminar a aspiração, pois consistem em mudanças de postura que vão permitir que a gravidade influencie a forma como o bolo alimentar se vai deslocar (Braga, 2016b). Estas técnicas incluem a flexão cervical, a rotação cervical para o lado afetado e a flexão lateral para o lado são. Estas técnicas de deglutição têm como objetivo melhorar a eficácia e a segurança da deglutição, através do controlo voluntário da deglutição. A pessoa deverá reunir capacidade para executar as instruções dadas de forma sequenciada e com recrutamento muscular dirigido. Assim,

podem ser executadas aquando da deglutição, realizando um simultâneo treino muscular (Terré, 2020).

No que concerne à estimulação sensorial, esta consiste no uso de manobras que incrementam a estimulação sensitiva. Devem ser utilizadas nos utentes com diminuição da sensibilidade da cavidade oral e faríngea, atraso ou diminuição na atividade da língua, atraso e/ou diminuição do reflexo faríngeo e apraxia da deglutição (Lazarus et al., 2019). Segundo o mesmo autor, esta terapia fornece o estímulo sensorial necessário para o início de uma atividade consistente da língua e de uma deglutição faríngea eficaz e segura. O aumento do estímulo sensitivo pode aumentar a perceção do bolo alimentar, a coordenação das diferentes estruturas, melhorar o transito oral e faríngeo, reduzindo o risco de aspiração. Pode ser efetuado através de mudanças no sabor e odor, no volume do bolo, textura, temperatura e carbonatação. O princípio desta intervenção assenta no facto de que uma maior excitabilidade dos centros nervosos vai influenciar os mecanismos corticais da deglutição (Braga, 2016b). Em pessoas com défices sensoriais e atraso no reflexo de deglutição, a estimulação do palato mole com gelo, antes da refeição, ou iniciar a alimentação com gelado cremoso de limão ou estímulo com gomos de limão congelado favorece a redução do tempo de disparo do reflexo de deglutição (Araújo et al., 2021; Moreira, 2021). As mudanças de sabor, principalmente o sabor amargo, estimula o V par do nervo craniano e aumenta o estímulo oral para o córtex e tronco encefálico, melhorando a deglutição, promovendo o aumento da amplitude, a força de contração e a pressão exercida pela língua, reduzindo o tempo oral e faríngeo, o que por sua vez reduz o risco de aspiração (Braga, 2016b). O mesmo autor acrescenta ainda que, acionando o ácido cítrico aos alimentos (pode ser encontrado no limão, laranja), pode-se melhorar os reflexos envolvidos na deglutição e estimular a secreção da saliva. Pode se obter um maior efeito se for utilizado o sabor amargo e temperatura fria. Quanto à mudança do volume, Braga, (2016b) refere que a ingestão de um volume maior aumenta a perceção do bolo alimentar na cavidade oral, permitindo uma deglutição mais rápida ao aumentar a estimulação sensitiva. É fundamental ter em conta grandes volumes de bolo alimentar condicionam uma maior estimulação da sensibilidade, mas podem aumentar o risco de aspiração, sendo que os bolos pequenos permitem diminuir esse risco em detrimento de uma menor estimulação sensitiva (Costa, 2020b).

Em relação à temperatura, a aplicação de um instrumento frio na cavidade oral aumenta o estímulo sensitivo na área a partir da qual o reflexo de deglutição é desencadeado (Araújo et al., 2021). Pode, por exemplo, ser efetuada através de uma

pressão adicional com uma colher na língua quando a comida é administrada. Esta técnica pode ser utilizada caso a pessoa apresente um atraso na deglutição. Quanto às bebidas gaseificadas, o reflexo de deglutição é ativado pelas moléculas de ácido carbónico, que estimulam os recetores da boca levando a uma mais rápida ativação do reflexo de deglutição. Assim dá-se uma diminuição do volume residual após deglutição, reduzindo o risco de aspiração (Araújo et al., 2021).

A estratégia compensatória referente à alteração da consistência dos alimentos, revela-se eficaz na medida em que aumenta a segurança do seu consumo por via oral, de acordo com a necessidade da pessoa com alterações da deglutição (Moreira, 2021). O objetivo da modificação da dieta é melhorar a segurança e/ou a facilidade de consumo de alimentos por via oral de acordo com as necessidades dos utentes. A modificação da textura dos líquidos é particularmente importante para garantir que as pessoas com deglutição comprometida sejam hidratadas adequadamente (Branco & Portinha, 2017). A alteração da consistência da dieta, é muitas vezes a primeira intervenção a ser realizada pelos enfermeiros a um utente com disfagia. Esta deve ser adaptativa, ou seja, alteração da consistência da dieta tendo por base os resultados obtidos na avaliação instrumental. A apresentação dos alimentos e o controlo do meio ambiente influenciam a função alimentação da pessoa, pelo que se considera que a dieta deve ter uma boa apresentação para estimular o apetite e o ambiente deve ser calmo, devendo evitar-se distrações (Leão, 2022). A pessoa deve manter a posição de sentado durante toda a refeição e até trinta minutos após a mesma, para prevenir o risco de aspiração. Deve igualmente ser incentivada a alimentar-se sozinha, pois facilita o processo de deglutição (Araújo et al., 2021).

As consistências das refeições também variam de utente para utente, consoante a tolerância. A dieta mais adequada para se iniciar a alimentação de um utente deve ser a de consistência pudim, pois quando comparada com a dieta líquida ou néctar, apresenta maior coesão, sendo mais fácil para controlar os alimentos na boca e envolve um menor risco de aspiração. Os alimentos de consistência líquida são os que envolvem maior risco para o utente. Desta forma, a consistência dos alimentos para o utente deglutir deve progredir da seguinte forma: pudim, mel, néctar, líquidos finos (*World Gastroenterology Organization*, 2014).

Após cada refeição é aconselhada a administração de água com a viscosidade adequada à pessoa (tipo néctar, mel ou pudim), de modo a promover a limpeza de resíduos alimentares e a reforçar a hidratação. É fundamental a vigilância da cavidade oral, para

excluir a acumulação de resíduos alimentares, principalmente em pessoas com alterações sensoriais na fase oral da deglutição. A promoção dos cuidados de higiene orais, nomeadamente após cada refeição, deve ser continuamente reforçada, porque, além de funcionar como mecanismo de vigilância da presença de resíduos alimentares, vai ser um excelente exercício sensório-motor para a reabilitação da motricidade orofacial, motivo pelo qual deve ser executada de forma rotineira, várias vezes por dia (Araújo et al., 2021).

Assim, antes da implementação das técnicas e estratégias supramencionadas, o EEER deve realizar uma avaliação precoce do compromisso da deglutição e implementar atempadamente intervenções específicas que contribuam para uma melhoria da função alimentar, bem como para a prevenção de complicações. Como referido no subcapítulo anterior, um dos instrumentos que poderá ser utilizado para realizar essa avaliação é a Escala de GUSS. De facto, de acordo com o parecer da OE n.º 01/2022, não só compete ao enfermeiro de cuidados gerais a aplicação da escala de GUSS, sendo necessário formação e conhecimento adequado, como cabe ao EEER conceber, implementar e monitorizar programas de reabilitação que possibilitem assegurar a manutenção das capacidades funcionais dos utentes e prevenir complicações (Ordem dos Enfermeiros, 2022). Além disso, é da responsabilidade do EEER a formação dos enfermeiros de cuidados gerais sobre a utilização de um instrumento de avaliação de deglutição, de forma a capacita-los para esta necessidade.

Deste modo, considera-se que as intervenções delineadas visam garantir a segurança dos utentes e a qualidade dos cuidados prestados, assim como diminuir a taxa de morbilidade e mortalidade. Isto leva à produção de ganhos em saúde, resultando num impacto altamente relevante na vida da pessoa, nomeadamente no seu bem-estar e qualidade de vida (Moreira, 2021).

No entanto, é importante salientar que a abordagem da pessoa com compromisso da deglutição deve ser realizada pela equipa interdisciplinar, sendo o papel do EEER fundamental uma vez que serve de elo de ligação entre os diferentes profissionais de saúde (Oliveira et al., 2020). Neste sentido, o EEER assume-se como uma figura imprescindível, pois sendo a adaptação à condição de saúde um dos aspetos fulcrais da enfermagem de reabilitação, os cuidados de reabilitação terão a sua expressão máxima quando exercidos diretamente no domicílio, na família e na comunidade da pessoa que deles necessita, sendo uma via segura para maximizar os ganhos em função do real potencial de recuperação/reabilitação (Oliveira et al., 2021).

A importância da atuação de enfermagem no campo comunitário é também realçada no Código Deontológico de Enfermeiro, no seu artigo 101º, ao reservar um artigo exclusivamente dedicado ao tema “Do dever para com a comunidade”, que refere que: “o enfermeiro, sendo responsável para com a comunidade na promoção da saúde e na resposta adequada às necessidades em cuidados de enfermagem, assume o dever de: a) Conhecer as necessidades da população e da comunidade em que está profissionalmente inserido; b) Participar na orientação da comunidade na busca de soluções para os problemas de saúde detetados; c) Colaborar com outros profissionais em programas que respondam às necessidades da comunidade” (Lei n.º 156/2015, 2015).

Cuidar a pessoa em contexto domiciliário é cada vez mais a realidade do Serviço Nacional de Saúde (SNS) português. As altas precoces para o domicílio, a transição dos cuidados para os familiares cuidadores e a reestruturação do próprio SNS são uma realidade atual. Numa sociedade com profundas alterações na sua estrutura demográfica, com o crescente envelhecimento da população, e com uma maior prevalência de doenças crónicas, incapacitantes e progressivas, é cada vez maior o número de pessoas cuja capacidade de independência e/ou autonomia se apresenta comprometida e que demonstram necessidades de cuidados (Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2022).

O domicílio surge como um dos contextos mais importantes para a prestação de cuidados, desempenhados não só pelos profissionais de saúde, onde se destaca o papel dos enfermeiros, mas sobretudo pelos familiares cuidadores. No entanto, a sobrecarga a que os familiares cuidadores podem estar sujeitos durante este processo, que nem sempre é curto ou linear, bem como a falta de apoio, tem-se mostrado preditor da institucionalização precoce, destacando-se o risco acrescido de depressão, fadiga e *burnout*, sintetizando fatores que devem ser tidos em consideração em todo o processo de intervenção, acompanhamento e monitorização, havendo a necessidade de se investir na formação, envolvimento e apoio, não só da pessoa a cuidar, mas também dos próprios familiares cuidadores.

Nesta perspetiva, os EEER surgem como os profissionais de saúde mais bem posicionados para colmatar lacunas de informação junto do familiar cuidador, bem como colaborar em estratégias adaptativas através da análise das suas reais necessidades (Costa, 2020a). Destaca-se o papel preponderante de transmissão de saberes e competências à pessoa idosa e ao familiar cuidador, com vista a uma transição segura e adaptação à nova

condição de saúde, dando continuidade aos cuidados iniciados a nível hospitalar (Ferreira et al., 2022).

É importante referir que as consequências da disfagia têm impacto tanto para o utente como a família, uma vez que se verifica uma grande sobrecarga do familiar cuidador, devendo o EEER estar sensibilizado para ajustar o programa de reabilitação, de forma a facilitar o processo de transição (*American Speech Language Hearing Association, 2020*), assim como consciencializar e capacitar os enfermeiros de cuidados gerais para participarem ativamente na sua implementação (Moreira, 2021).

Em suma, poder-se-á assumir que o EEER tem um papel preponderante enquanto promotor de saúde, uma vez o processo de reabilitação também se centra nos ensinamentos ao cuidador, relativos ao compromisso na deglutição, à modificação da dieta, ao uso de dispositivos de apoio, aos recursos a técnicas compensatórias e aos exercícios passíveis de serem realizados no domicílio (Araújo et al., 2021; Moreira, 2021).

### 1.3 INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DA DEGLUTIÇÃO EM ADULTOS: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA (ARTIGO)

Neste subcapítulo apresenta-se a RIL realizada sobre os instrumentos de avaliação da deglutição em adultos. A sua elaboração respeitou as normas de publicação da Revista Baiana de Enfermagem. O presente artigo já foi submetido para publicação, aguardando-se o parecer dos revisores.

Artigo de revisão

#### **INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DA DEGLUTIÇÃO EM ADULTOS: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA**

---

#### **SWALLOWING ASSESSMENT INSTRUMENTS IN ADULTS: INTEGRATIVE LITERATURE REVIEW**

---

#### **INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DE LA DEGASTACIÓN EN ADULTOS: REVISIÓN INTEGRATIVA DE LA LITERATURA**

---

Luciana Sofia Ascensão Salvador<sup>1</sup>, Rui Pedro Silva<sup>2</sup>, Tânia Rodrigues<sup>3</sup>, Inês Rocha<sup>4</sup>

1. Enfermeira. Mestranda na Escola Superior de Saúde de Santa Maria, Porto, Portugal. E-mail: lluciana.salvador@gmail.com/ <https://orcid.org/0009-0001-3934-472X>
2. Enfermeiro. Mestre em Enfermagem de Reabilitação. Enfermeiro na ECCI da UCC Vallis Longus. <http://orcid.org/0000-0003-4731-339X>
3. Enfermeira. Doutora em Ciências de Enfermagem. Professora Adjunta na Escola Superior de Saúde Santa Maria, Porto, Portugal/ CINTESIS. <http://orcid.org/0000-0003-4785-3783>
4. Enfermeira. Doutora em Ciências de Enfermagem. Professora Adjunta na Escola Superior de Saúde Santa Maria, Porto, Portugal/ CINTESIS@RISE. <http://orcid.org/0000-0002-3036-0002>

**Objetivo:** analisar a evidência relativa aos instrumentos de avaliação da deglutição em adultos. **Método:** revisão integrativa da literatura, cuja colheita de dados foi realizada em dezembro de 2022, no agregador EBSCO Host. **Resultados:** a amostra final foi composta por 7 artigos, sendo que a sua análise permitiu verificar que a escala mais mencionada nos artigos encontrados foi a 10-Item *Eating Assessment Tool* (EAT-10). **Conclusão:** os instrumentos de avaliação da deglutição são fundamentais para a identificação precoce dos distúrbios da deglutição, repercutindo-se numa diminuição das complicações inerentes a esta condição de saúde.

**Descritores:** Enfermagem. Transtornos de Deglutição. Inquéritos e Questionários. Qualidade da Assistência à Saúde. Literatura de Revisão como Assunto.

**Objective:** *to analyze the evidence on swallowing assessment tools for adults. Method:* *an integrative literature review, whose data collection was carried out in December 2022, in the EBSCO Host aggregator. Results:* *the final sample consisted of 7 articles, the analysis of which showed that the most cited scale in the articles found was the 10-Item Eating Assessment Tool (EAT-10). Conclusion:* *swallowing assessment tools are essential for the early identification of swallowing disorders, resulting in a reduction in the complications inherent to this health condition.*

**Descriptors:** *Nursing. Deglutition Disorders. Surveys and questionnaires. Quality of Health Care. Review Literature as Topic.*

**Objetivo:** *analizar la evidencia sobre las herramientas de evaluación de la deglución en adultos. Método:* *revisión bibliográfica integradora, cuya recogida de datos se realizó en diciembre de 2022, en el agregador EBSCO Host. Resultados:* *la muestra final constó de 7 artículos, cuyo análisis mostró que la escala más citada en los artículos encontrados fue la Herramienta de Evaluación de la Deglución de 10 ítems (EAT-10). Conclusión:*

*las herramientas de evaluación de la deglución son esenciales para la identificación precoz de los trastornos de la deglución, lo que resulta en una reducción de las complicaciones inherentes a esta condición de salud.*

**Descriptor:** *Enfermería. Trastornos de Deglución. Encuestas y cuestionarios. Calidad de la Atención de Salud. Literatura de Revisión como Assunto.*

## **Introdução**

O processo de deglutição é designado como um mecanismo complexo que requer a coordenação de uma série de comportamentos motores, sensoriais e psicológicos <sup>(1)</sup>. A deglutição implica a participação coordenada de áreas anatômicas que, por meio de movimentos e pressões, permitem que o alimento seja conduzido de forma eficiente e segura pelo trato digestivo <sup>(2)</sup>. Assim, esta é considerada uma atividade fundamental para a manutenção da vida, uma vez que assegura o transporte de alimentos da cavidade oral para o estômago <sup>(3)</sup>. Apesar da deglutição ser considerada um processo contínuo, esta pode ser dividida em fases, tendo em consideração as estruturas anatômicas e funcionais ativas, assim como a voluntariedade ou involuntariedade do ato. A divisão mais consensual refere três fases: oral, faríngea e esofágica <sup>(2)</sup>.

A presença de um distúrbio da deglutição caracterizado pela dificuldade na preparação oral do bolo alimentar ou na movimentação do alimento da boca para o estômago, designa-se de disfagia <sup>(4)</sup>. Estima-se que a disfagia afetará uma em cada 17 pessoas ao longo da sua vida, provocando sinais e sintomas como alteração da voz, aumento de secreções, sialorreia e tosse durante e/ou após a refeição <sup>(5), (6)</sup>.

A disfagia é uma condição prevalente que está frequentemente associada a compromisso neurológico congênito e adquirido e a distúrbios estruturais que afetam a função orofaríngea <sup>(7)</sup>. Desta forma, leva a complicações como desnutrição/desidratação, pneumonia de aspiração, reinternamentos hospitalares e medo de efetuar socialmente as refeições, repercutindo-se numa diminuição da qualidade de vida da pessoa <sup>(2), (6)</sup>. Esta pode-se dividir em disfagia orofaríngea e esofágica. A primeira é geralmente diagnosticada a partir de uma anamnese detalhada, que avalia aspetos como a aspiração imediata, a presença de tosse após a deglutição, ou as alterações na voz <sup>(8)</sup>. Já a disfagia esofágica diz respeito à dificuldade na passagem do bolo alimentar pelo esófago, sendo comum em pessoas com estenose esofágica, esofagite e acalasia <sup>(9)</sup>.

O diagnóstico precoce de disfagia e a sua intervenção são cruciais para uma prestação de cuidados mais segura e de maior qualidade <sup>(10)</sup>.

Assim, a primeira etapa da avaliação corresponde à aplicação de um instrumento de avaliação da deglutição e à observação de sinais e sintomas de disfagia. Estes instrumentos de avaliação, além de não serem invasivos, são de aplicação rápida, produzindo resultados fiáveis mesmo quando aplicados por diferentes profissionais de saúde<sup>(11)</sup>.

O objetivo desta revisão integrativa é analisar a evidência relativa aos instrumentos de avaliação da deglutição em adultos.

## **Método**

O estudo trata-se de uma revisão integrativa da literatura, que teve como questão norteadora: “Qual a evidência disponível sobre os instrumentos de avaliação da deglutição nos adultos?”. Recorreu-se à estratégia PICO, em que: os participantes (P) são os adultos; a intervenção (I) são os instrumentos de avaliação da deglutição; a comparação (C) não foi realizada; e, por último, os outcomes (o)/resultados referem-se à evidência disponível sobre esta temática. A pesquisa realizou-se durante o mês de dezembro de 2022 nas bases de dados que contemplam o agregador *EBSCOhost*, nomeadamente: CINAHL Complete, MEDLINE Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Methodology Register, Library, Information Science & Technology Abstracts, MedicLatina, Cochrane Clinical Answers. Como estratégia de pesquisa, utilizou-se a expressão booleana: ("adult" OR "aged" OR "elderly") AND ("weights and measures" OR "surveys and questionnaires" OR "assessment tool") AND ("deglutition" OR "deglutition disorders" OR "swallowing"), com os seguintes filtros: texto integral disponível e nos idiomas inglês, português e espanhol e em adultos.

Da pesquisa resultou a identificação de 419 artigos, em que 24 foram excluídos por estarem duplicados. Inicialmente foi realizada uma análise crítica e reflexiva dos títulos e dos resumos de cada artigo, sendo que, dos 395 artigos, foram excluídos 383.

Posteriormente, foi realizada a leitura do texto integral de 12 artigos, tendo sido excluídos 5 artigos, por não responderem à questão da investigação. Os motivos de exclusão prendem-se com a adaptação e validação cultural dos instrumentos em idiomas que não o português e à aplicabilidade específica do instrumento a uma determinada patologia.

O diagrama 1 representa o processo de identificação e seleção realizada.

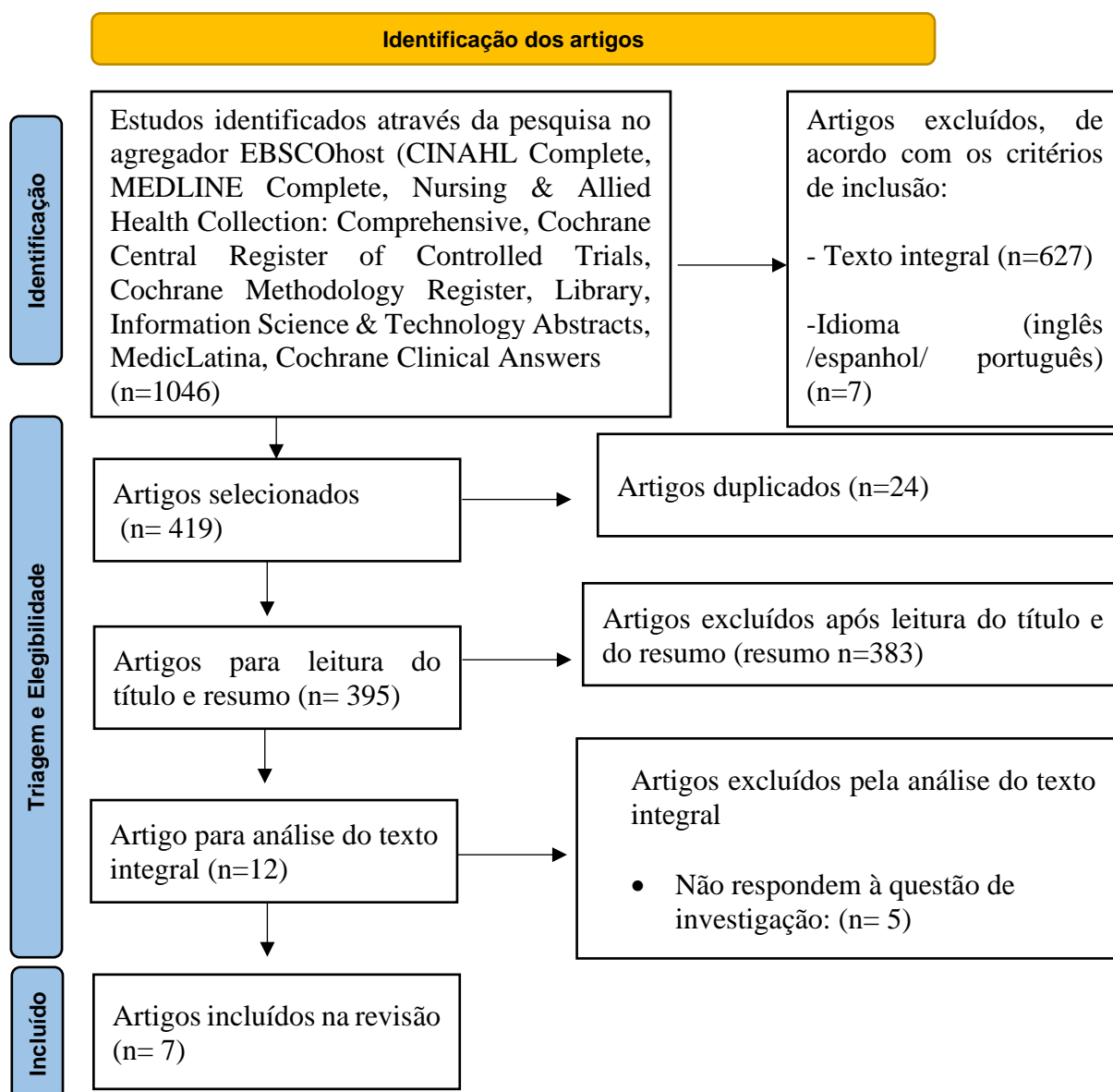


Diagrama 1 – Processo de identificação dos estudos: *PRISMA diagram flow*. Fonte: Elaboração própria.

## Resultados

Após a análise dos artigos selecionados, com o objetivo de sintetizar os resultados encontrados, foram elaborados os quadros que se seguidamente se apresentam. No quadro 1 está explanado o título do artigo, o tipo de estudo e os principais objetivos dos estudos incluídos desta revisão integrativa da literatura.

**Quadro 1:** Caracterização dos estudos incluídos na revisão integrativa segundo o título do artigo, o tipo de estudo e os objetivos. Portugal, dezembro, 2022

<b>Título do artigo</b>	<b>Tipo de estudo</b>	<b>Objetivos</b>
<i>Measuring Outcomes for Dysphagia: Validity and Reliability of the European Portuguese Eating Assessment Tool (P-EAT-10)</i> <sup>(12)</sup>	Qualitativo	Avaliar a validade e a confiabilidade da versão em português europeu do EAT-10 (P-EAT-10).
<i>Utility of the EAT-10 in the detection of dysphagia in high-risk hospitalisation units at a university hospital: A cross-sectional study</i> <sup>(2)</sup>	Qualitativo	Avaliar a utilidade da aplicação do EAT-10 em utentes com alto risco de disfagia, nos serviços de Neurologia e de Medicina Interna, nas primeiras 24-48h de internamento.
<i>Development and validation of the Brief Esophageal Dysphagia Questionnaire (BEDQ)</i> <sup>(9)</sup>	Qualitativo	Construir e validar o instrumento BEDQ.
<i>Prevalence of Oropharyngeal Dysphagia in the Netherlands: A Telephone Survey</i> <sup>(13)</sup>	Qualitativo e quantitativo	Objetivo geral: compreender a magnitude da prevalência de disfagia orofaríngea na população holandesa, através da aplicação do EAT-10 em consulta telefónica.
<i>Survey of suspected dysphagia prevalence in home-dwelling older people using the 10-Item Eating Assessment Tool (EAT-10)</i> <sup>(14)</sup>	Qualitativo	Determinar a prevalência da disfagia e as suas características em idosos independentes e dependentes que vivem no domicílio, no município de Tóquio, Japão, utilizando o EAT-10.
<i>Validation of the Mayo Dysphagia Questionnaire (MDQ)</i> <sup>(15)</sup>	Qualitativo e quantitativo	Construir e validar o instrumento MDQ.

<p><i>Dysphagia assessed by the 10-item Eating Assessment Tool is associated with nutritional status and activities of daily living in elderly individuals requiring long-term care</i> <sup>(16)</sup></p>	<p>Qualitativo</p>	<p>Avaliar as associações entre a pontuação obtida através da aplicação do EAT-10, estado nutricional e as atividades da vida diária em idosos que necessitam de cuidados de longa duração.</p>
---	--------------------	---

**Quadro 2:** Descrição dos principais resultados dos artigos selecionados. Portugal, dezembro, 2022

Título do artigo	Resultados
<p><i>Measuring Outcomes for Dysphagia: Validity and Reliability of the European Portuguese Eating Assessment Tool (P-EAT-10)</i> <sup>(12)</sup></p>	<p>Após a aplicação do P-EAT-10 e a análise estatística dos resultados, pode-se concluir que este instrumento é válido e tem consistência interna (alfa de Cronbach de 0,952).</p>
<p><i>Utility of the EAT-10 in the detection of dysphagia in high-risk hospitalisation units at a university hospital: a cross-sectional study</i> <sup>(2)</sup></p>	<p>A aplicação do EAT-10 é útil na avaliação dos utentes com disfagia, tendo-se verificado que a prevalência do risco de disfagia foi maior no serviço de Medicina Interna do que no de Neurologia.</p>
<p><i>Development and validation of the Brief Esophageal Dysphagia Questionnaire (BEDQ)</i> <sup>(9)</sup></p>	<p>O estudo realizou-se com 1613 participantes, sendo que após a análise estatística dos resultados obtidos, o BEDQ demonstrou ter consistência interna, confiabilidade e validade de constructo.</p>
<p><i>Prevalence of Oropharyngeal Dysphagia in the Netherlands: A Telephone Survey</i> <sup>(13)</sup></p>	<p>Participaram neste estudo 2600 pessoas (38,8% das pessoas contactadas por via telefónica), sendo que destas 219 (8,4%) pontuaram três ou mais no EAT-10, indicando alterações na deglutição e um risco aumentado de disfagia orofaríngea para a idade.</p>
<p><i>Survey of suspected dysphagia prevalence in home-dwelling older</i></p>	<p>O instrumento EAT-10 foi aplicado a 1000 pessoas de cada grupo: obtiveram-se 510</p>

<p><i>people using the 10-Item Eating Assessment Tool (EAT-10)</i> <sup>(14)</sup></p>	<p>respostas válidas dos idosos independentes com 65 anos ou mais, e 886 respostas dos idosos dependentes com idade média de 82,3 +/- 6,7. A prevalência de suspeita de disfagia foi de 25,1% e 53,8%, respetivamente, demonstrando um aumento significativo com a progressão da idade.</p>
<p><i>Validation of the Mayo Dysphagia Questionnaire</i> <sup>(15)</sup></p>	<p>Na validação do MDQ participaram 148 indivíduos. Através da sua aplicação, verificou-se uma concordância estatisticamente significativa entre a anamnese e o MDQ para a presença de disfagia e o seu início, assim como para a frequência e a gravidade da disfagia.</p>
<p><i>Dysphagia assessed by the 10-item Eating Assessment Tool is associated with nutritional status and activities of daily living in elderly individuals requiring long-term care</i> <sup>(16)</sup></p>	<p>Neste estudo participaram 237 idosos, dos quais 89 integravam serviços de saúde geriátrica, 28 estavam internados em contexto hospitalar e 120 eram residentes na comunidade. Após a aplicação do EAT-10 verificou-se que 101 indivíduos apresentavam disfagia. O MNA-SF revelou que 81 participantes estavam desnutridos, 117 em risco de desnutrição e 39 em estado nutricional adequado (a frequência da desnutrição foi menor na comunidade). Verificou-se ainda que o EAT-10 tem um efeito independente do índice de Barthel e do MNA-SF variando conforme a idade e o género.</p>

## Discussão

Através da análise dos artigos encontrados, compreende-se que existem vários instrumentos de avaliação da deglutição dos adultos. No entanto, os autores dos mesmos pretendem que estes instrumentos tenham as seguintes características: ser de rápida e fácil aplicação, não ser invasivo, e ter propriedades psicométricas robustas. Desta forma, asseguram que esses instrumentos sejam confiáveis, traduzindo-se numa maior procura e seleção por parte dos profissionais de saúde.

De facto, verificou-se que o instrumento de avaliação da deglutição que foi mencionado na maioria dos artigos selecionados (5 artigos) na presente revisão

integrativa da literatura é o 10- *Item Eating Assessment Tool* (EAT-10). Este instrumento destaca-se dos restantes, por ter uma aplicação mais intuitiva, requerendo apenas 8 minutos para ser concluído, constituindo-se como um instrumento válido e confiável para a avaliação da deglutição. Estas características tornam-no útil não só para a prática clínica, mas também para a investigação <sup>(12)</sup>.

Em relação ao *Brief Esophageal Dysphagia Questionnaire* (BEDQ), os autores mencionam que este instrumento tem a particularidade de avaliar a gravidade da disfagia e a frequência dos sintomas autorrelatados, como o refluxo gastroesofágico, a hipersensibilidade visceral e o sofrimento psicológico <sup>(9)</sup>.

Quanto ao *Mayo Dysphagia Questionnaire* (MDQ) revela ser um instrumento que tem a particularidade de avaliar de forma mais concisa a disfagia esofágica <sup>(15)</sup>.

Independentemente do instrumento utilizado, torna-se essencial realizar a avaliação precoce da deglutição, de forma a implementar intervenções que, de forma sistematizada, contribuam favoravelmente para a prevenção de complicações. Só através de uma prática metódica e de uma avaliação contínua é que se pode assegurar a qualidade e a segurança dos cuidados prestados.

### **Considerações finais**

A análise dos artigos encontrados permitiu constatar a existência de diversos instrumentos de avaliação da deglutição em adultos. Embora a seleção dos instrumentos tenha em consideração o contexto e a situação clínica do utente, todos eles têm como objetivo comum a identificação precoce dos distúrbios da deglutição.

No entanto, apesar da evidência científica já existente, continua ainda a ser necessário desenvolver investigação sobre esta temática, com o objetivo de adequar a seleção do instrumento de avaliação de deglutição ao contexto e à situação clínica do utente, contribuindo para o exercício de uma prática clínica segura e de qualidade.

### **Referências**

1. Branco, C., & Portinha, S. *Disfagia no adulto da teoria à prática* (1ªed, Vol. 1). Papa- Letras. 2017
2. Vidal Casariego, A., Suárez Silva, C., Lugo Rodríguez, G., Pita Gutiérrez, F., Almeida Seoane, M. a C., Rodríguez Ramos, M. a J., & Martínez Ramonde, T. Utility of the EAT-10 in the detection of dysphagia in high-risk hospitalisation units at a university hospital: a cross-sectional study. *Nutricion Hospitalaria*,

- 37(6), pp.1197–1200, [Internet]. 2020: [cited 2023 agosto 15] Available from: <https://doi.org/10.20960/nh.03233>
3. Rech, R. S., De Goulart, B. N. G., Baumgarten, A., & Hilgert, J. B. (2018). Deglutição no envelhecimento e a odontologia. *Revista Da Faculdade de Odontologia - UPF*, 23(1), [Internet]. 2018 [cited 2023 agosto 15] Available from: <https://doi.org/10.5335/rfo.v23i1.8508>
  4. Terré, R. Disfagia orofaríngea en el ictus: aspectos diagnósticos y terapéuticos. *70(12)*, pp.444–452. 2020: [cited 2023 agosto 15]
  5. Reis Aguiar, J., Carneiro, R., Carneiro, I., Magalhães, L., & Carneiro, A. H. Prevalência de Disfagia em Doentes Internados no Departamento de Medicina Interna e Unidade de Cuidados Intensivos e Intermédios: Resultados de um Estudo Piloto. *Medicina Interna*, 30(1), [Internet]. 2013 [cited 2023 agosto 15] Available from: <https://doi.org/10.24950/rspmi.929>
  6. Leão, R., Queirós, S., Gomes, I., Magalhães, D., Serdoura, S., Macedo, S., Pereira. *Disfagia, receitas adaptadas com cor e sabor (1º ed, Vol. 1)*. CHTS. 2022: [cited 2023 agosto 15]
  7. Triggs, J., & Pandolfino, J. Recent advances in dysphagia management [version 1; peer review: 3 approved]. In *F1000Research* (Vol. 8), [Internet]. 2019 [cited 2023 agosto 15] Available from: <https://doi.org/10.12688/f1000research.18900.1>
  8. Huckabee, M. L., Flynn, R., & Mills, M. Expanding Rehabilitation Options for Dysphagia: Skill-Based Swallowing Training. In *Dysphagia*, 38 (3), pp. 756–767. Springer, [Internet]. 2023 [cited 2023 agosto 15] Available from: <https://doi.org/10.1007/s00455-022-10516-3>
  9. Taft, T. H., Riehl, M., Sodikoff, J. B., Kahrilas, P. J., Keefer, L., Doerfler, B., & Pandolfino, J. E. Development and validation of the brief esophageal dysphagia questionnaire. *Neurogastroenterology and Motility: The Official Journal of the European Gastrointestinal Motility Society*, 28(12), pp.1854–1860, [Internet]. 2016: [cited 2023 agosto 15] Available from: <https://doi.org/10.1111/nmo.12889>
  10. Oliveira, J. I., Marques, M., Ferreira, P. L. A versão portuguesa do gugging swallowing screen: resultados da sua aplicação. *Millenium*, 2(16), pp.93–101, [Internet]. 2023 [cited 2021 agosto 15] Available from: <https://doi.org/10.29352/mill0216.24585>
  11. Costa, C. L. Disfagia no idoso institucionalizado: padronização das dietas. 2020 [cited 2023 agosto 15]

12. Nogueira, D. S., Ferreira, P. L., Reis, E. A., & Lopes, I. S. Measuring Outcomes for Dysphagia: Validity and Reliability of the European Portuguese Eating Assessment Tool (P-EAT-10). *Dysphagia*, 30(5), pp.511–520, [Internet]. 2015: [cited 2023 agosto 15] Available from: <https://doi.org/10.1007/s00455-015-9630-5>
13. Kertscher, B., Speyer, R., Fong, E., Georgiou, A. M., & Smith, M. Prevalence of oropharyngeal dysphagia in the Netherlands: a telephone survey. *Dysphagia*, 30(2), pp.114–120, [Internet]. 2015: [cited 2023 agosto 15] Available from: <https://doi.org/10.1007/s00455-014-9584-z>
14. Igarashi, K., Kikutani, T., & Tamura, F. Survey of suspected dysphagia prevalence in home-dwelling older people using the 10-Item Eating Assessment Tool (EAT-10). *PLoS ONE*, 14(1), [Internet]. 2019: [cited 2023 agosto 15] Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0211040>
15. Grudell, A. B. M., Alexander, J. A., Enders, F. B., Pacifico, R., Fredericksen, M., Wise, J. L., Locke 3rd, G. R., Arora, A., Zais, T., Talley, N. J., & Romero, Y. Validation of the Mayo Dysphagia Questionnaire. *Diseases of the Esophagus: Official Journal of the International Society for Diseases of the Esophagus*, 20(3), pp.202–205, [Internet]. 2007: [cited 2023 agosto 15] Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1442-2050.2007.00670.x>
16. Wakabayashi, H., & Matsushima, M. Dysphagia Assessed by the 10-Item Eating Assessment Tool Is Associated with Nutritional Status and Activities of Daily Living in Elderly Individuals Requiring Long-Term Care. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 20(1), pp.22–27, [Internet]. 2016: [cited 2023 agosto 15] Available from: <https://doi.org/10.1007/s12603-015-0481-4>

## **2. CONTEXTUALIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO**

No presente capítulo pretende-se fazer uma abordagem ao local do estágio de opção. Nesse sentido, primeiramente irá realizar-se uma contextualização das ECCI no que concerne ao SNS, e posteriormente irá caracterizar-se as especificidades da ECCI onde foi realizado o estágio de que resulta o presente relatório.

### **2.1 A REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS E AS EQUIPAS DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS**

Recentemente, as alterações demográficas e epidemiológicas da população, provocadas pelo aumento da esperança média de vida, pelo envelhecimento progressivo da população e pela prevalência das doenças crónicas e degenerativas, conduziu ao crescimento das necessidades de cuidados de saúde gerais e especializados (Santos et al., 2022). Com o objetivo de assegurar respostas mais adequadas às novas necessidades de saúde e sociais, associadas ao fenómeno do envelhecimento da população, e ao consequente aumento de pessoas em situação de dependência, é criada em 2006 a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) (Petronilho et al., 2017).

A RNCCI foi criada pelo Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, do qual resulta uma parceria entre o Ministério do Trabalho Solidariedade e Segurança Social e o Ministério da Saúde, surgindo assim um novo modelo de prestação de cuidados inserido no SNS (Decreto-Lei n.º 101/2006, 2006). Esta rede combina diversas tipologias e surgiu para dar respostas às necessidades de saúde, tendo como objetivos a prestação de cuidados de saúde e de apoio social de forma continuada e integrada a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência. Os Cuidados Continuados Integrados estão centrados na recuperação global da pessoa, promovendo a sua autonomia e melhorando a sua funcionalidade, no âmbito da situação de dependência em que se encontra (Unidade de Gestão e Acompanhamento da RNCCI, 2023). Assim, considera-se como critério geral para admissão da RNCCI a pessoa em situação de dependência, com necessidade de cuidados de saúde, que possua um contexto social ou familiar e uma situação de saúde cuja intensidade e complexidade dos cuidados permita a sua prestação no domicílio de forma temporária ou permanente (Santos et al., 2022).

Por sua vez, a ECCI é uma tipologia de resposta de prestação de unidades da RNCCI, que está enquadrada nos CSP. Segundo o Decreto-Lei n.º 136/2015, a ECCI é uma equipa interdisciplinar atribuída para a prestação de serviços domiciliários que

engloba, cuidados médicos, cuidados de enfermagem, cuidados de reabilitação e o apoio social. Estes cuidados são prestados a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não requer internamento, mas que não podem deslocar-se de forma autónoma (Decreto-Lei n.º 136/2015, 2015).

A referenciação das pessoas dependentes para as ECCI pode ser feita a partir do hospital ou da comunidade, seguindo um processo de referenciação realizados por profissionais de saúde, designadamente médicos, enfermeiros e assistentes sociais, dos hospitais ou das unidades de saúde familiar. De facto, o ingresso dos utentes na ECCI é efetuado através da Equipa Coordenadora Local (ECL), mediante referenciação das equipas dos CSP (cerca de 85%), dos hospitais (cerca de 10%) e de outras unidades da RNCCI (cerca de 5%) (Unidade de Gestão e Acompanhamento da RNCCI, 2023). A ECL analisa e decide sobre a proposta referenciada, identifica e providencia o melhor recurso da RNCCI que responde às necessidades de utente/família, sendo de igual forma responsável pela verificação do cumprimento dos critérios de referenciação (Unidade de Gestão e Acompanhamento da RNCCI, 2023). Em suma, a admissão na rede é efetuada por decisão da ECL da área de influência do domicílio do utente. Compreende-se então que os cuidados à ECCI devem ser solicitados pela ECL. Assim sendo, a ECCI enquanto serviço de apoio à comunidade, assegura como compromisso assistencial cuidados multidisciplinares a um máximo de 20 utentes. Ultrapassado o número de vagas disponíveis na ECCI, estes utentes ficarão em lista de espera continuando sob os cuidados da sua UCSP/USF (Unidade de Gestão e Acompanhamento da RNCCI, 2023).

Para além da condição de saúde da pessoa dependente e das condições domiciliárias necessárias à prestação de cuidados, entre os quais a presença de um cuidador, são também critérios de referenciação para as ECCI: “a) frequência de prestação de cuidados de saúde superior a 1 vez por dia, ou, prestação de cuidados de saúde superior a 1 hora e 30 minutos por dia, no mínimo de 3 dias por semana; b) cuidados além do horário normal de funcionamento da equipa de saúde familiar, incluindo fins de semana e feriados; c) complexidade de cuidados que requeira um grau de diferenciação ao nível da reabilitação; d) necessidades de suporte e capacitação ao familiar cuidador.” (Orientação Técnica n.º1, 2017). Destes critérios, destaca-se a complexidade de cuidados que requeira um grau de diferenciação ao nível da reabilitação e as necessidades de suporte e capacitação ao familiar cuidador – sendo esta áreas de intervenção inerentes às competências profissionais do EEER.

As ECCI têm então como objetivo assegurar a prestação de cuidados domiciliários todos os dias do ano, no horário de funcionamento das 8h às 20h nos dias úteis, conforme as necessidades, aos fins-de-semana e feriados das 9 às 17h, devendo as visitas dos profissionais ser regulares e programadas, tendo por base as necessidades de saúde da pessoa dependente e do seu cuidador (RNCCI, 2007). Desta forma, garantem cuidados de proximidade, que incluem cuidados especializados de Enfermagem de Reabilitação, visando não só a autonomia da pessoa, mas também a capacitação do familiar cuidador (Santos, 2022). Perante qualquer intervenção implementada no contexto vivencial da pessoa, no seu lar e contexto familiar, qualquer ganho conseguido tornar-se-á efetivo, uma vez que é amplamente usado no seu meio, no seu dia-a-dia, no ambiente que lhe é natural (Oliveira et al., 2021). Assim, o autocuidado, na sua dependência, é assumidamente uma das dimensões de saúde mais relevantes no contexto da RNCCI, em particular das ECCI (Petronilho et al., 2017).

No âmbito dos motivos de referenciação para as ECCI, a dependência nas atividades de vida diárias (AVD's) é o principal motivo (91%), seguidas do ensino ao utente/familiar cuidador (89%) (Administração Central do Sistema de Saúde, 2016).

## 2.2 CARACTERIZAÇÃO DA EQUIPA DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS ONDE DECORREU O ESTÁGIO

O estágio de opção de onde resulta o presente relatório, foi realizado numa ECCI do grande Porto, no período de 7 de novembro a 16 de dezembro de 2022.

Do ponto de vista operacional, após o utente ser admitido, é realizada a primeira visita domiciliária em que é fornecido um guia em suporte de papel com a informação pertinente para o utente e família (exemplo: constituição da equipa interdisciplinar, contactos telefónicos, enfermeiro responsável e gestor de caso) e com dados do utente aquando da sua admissão na ECCI (exemplo: causa da integração na ECCI, objetivos a serem alcançados e alguns dados relevantes para o familiar cuidador). Esta visita é realizada pelo enfermeiro, que realiza a anamnese, identifica os diagnósticos e prescreve as intervenções de enfermagem direcionadas quer à pessoa, quer ao seu cuidador, assim como as atitudes terapêuticas adequadas. Toda essa informação recolhida é documentada no programa informático SClínico<sup>®</sup>. No que concerne aos registos informáticos, os enfermeiros desta ECCI efetuam igualmente registos no GestCare<sup>®</sup> no momento da admissão, ao 8º dia e quinzenalmente. No momento da alta, é criado pela equipa de enfermagem a carta de alta, para posteriormente enviar para a ECL com 48 horas de

antecedência da alta efetiva. Uma outra carta de alta é impressa e entregue ao utente e cuidador, no sentido de se manter a continuidade dos cuidados. Compreende-se então que, desde a admissão do utente na ECCI, o objetivo major é devolver ao utente a sua vida social, evitando a deterioração e o agravamento da situação de fragilidade em que se encontra.

Na UCC onde foi realizado o estágio de opção, a equipa de enfermagem é composta por 14 enfermeiros, dos quais: quatro são EEER; dois são enfermeiros especialistas em saúde familiar e comunitária; dois são enfermeiros especialistas em saúde infantil e pediátrica; uma é enfermeira especialista em saúde materna e obstétrica e cinco são enfermeiros de cuidados gerais. Esta equipa é ainda composta por um médico e por uma assistente social. Todos estes elementos têm um papel ativo, com as suas funções definidas no seio da equipa, sendo corresponsáveis pelo sucesso da mesma.

No que concerne à causa de referenciação dos utentes para esta ECCI, a necessidade de cuidados de reabilitação assume a maior expressão (cerca de 80%), seguida do tratamento de lesões cutâneas (cerca de 15%) e da prestação de cuidados em contexto paliativo (cerca de 5%).

Na sala de trabalho da ECCI, existe um plano atualizado dos utentes admitidos, com calendarização das visitas planeadas e o dia da reunião semanal da equipa. Assume-se um compromisso realista em que são traçados objetivos comuns para o benefício do utente e família. De salientar que, através da articulação com os recursos da comunidade, pretende-se uma continuidade de cuidados no sentido de preservar os ganhos conseguidos.

### 3. PROCESSO METODOLÓGICO

Neste capítulo será abordada a metodologia de PMQ, que foi desenvolvida durante o estágio de opção na ECCI. Segundo Ruivo et al. (2010), esta metodologia baseia-se numa investigação centrada num problema real identificado e na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução. De facto, através da pesquisa, análise e resolução de problemas do contexto, o PMQ é promotor de uma prática devidamente fundamentada e baseada em evidência.

Assim, a metodologia de PMQ compreende cinco etapas: diagnóstico de situação; definição de objetivos; planeamento; execução e avaliação; e divulgação dos resultados (Ruivo et al., 2010). Ao longo deste capítulo, será abordada cada etapa *per si*, explicitando as atividades que foram desenvolvidas de modo a dar resposta ao problema identificado e, desta forma, contribuir para a melhoria da qualidade os cuidados prestados no âmbito da deglutição na ECCI onde decorreu o estágio de opção.

#### 3.1 DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

No contexto de cuidados de saúde, quando se desenvolve um projeto, é mandatário a realização de uma análise integrada das necessidades da população, na perspetiva de desenvolver estratégias e ações, concentrando os esforços e aproveitando os recursos disponíveis, que viabilizem a promoção da capacidade, motivação e autonomia da população (Costa, 2020; Teixeira et.al, 2019).

No decurso do estágio de opção, após discussão com o Enfermeiro-Tutor e verbalização por parte da equipa de enfermagem, surgiu a necessidade de se aprofundar o conhecimento e a capacidade dos enfermeiros para identificar e atuar no âmbito da deglutição comprometida, tendo como foco não só o utente, mas também o familiar cuidador. De facto, ao longo do estágio, verificou-se que a prioridade nas visitas domiciliárias era essencialmente a reabilitação motora, de forma atingir o mais rapidamente possível uma melhoria na autonomia das AVD's. Em utentes com deglutição comprometida, os enfermeiros reconheciam que a avaliação que faziam era pouco sistematizada, pelo que verbalizaram a necessidade de abordar esta temática. Segundo Oliveira (2022b), a alteração da deglutição é frequentemente negligenciada, quer do ponto de vista da prática clínica, quer do ponto de vista da investigação, tornando-se por isso fulcral desenvolver abordagens terapêuticas que previnam complicações e concorram para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem e, simultaneamente,

aprofundem o conhecimento existente sobre o cuidado à pessoa com deglutição comprometida que seja potenciadora da melhor prática clínica.

Neste sentido, decidiu-se fazer um diagnóstico de situação, recorrendo-se, para isso, aos registos de enfermagem da ECCI. O objetivo foi realizar uma análise retrospectiva quanto à avaliação da deglutição realizada pelos enfermeiros, quer no momento da admissão, quer durante o internamento, através da aplicação de um instrumento de avaliação. A obtenção destes dados é importante, na medida em que a triagem do compromisso da deglutição pode permitir a redução de complicações, nomeadamente a incidência de pneumonia de aspiração nos utentes em fase aguda, conduzir precocemente a intervenções de reabilitação e, conseqüentemente, contribuir para a qualidade de vida (Ferreira et al., 2018).

Assim, após autorização do ACES onde a ECCI se integra (anexo I), procedeu-se à colheita de dados informáticos através do aplicativo SClínico<sup>®</sup> e GestCare<sup>®</sup>, no período compreendido entre 1 de janeiro de 2022 a 16 de dezembro de 2022, nomeadamente: dados sociodemográficos; diagnóstico de admissão; antecedentes pessoais; avaliação da deglutição com recurso a um instrumento. Estes dados foram analisados com recurso ao programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences*<sup>®</sup> (SPSS<sup>®</sup>) versão 25.0.

Seguidamente apresenta-se a análise efetuada dos dados colhidos, consonante as categorias.

#### Caracterização sociodemográfica

A amostra é constituída por 58 utentes, sendo a maioria do género feminino (n=31; 58,4%), a idade dos participantes varia entre 14 e os 91 anos, sendo a média de idades de 77 anos (M=76,79; DP=12,88), tendo em conta que a amostra apresenta dois *outliers*, nomeadamente de 14 e 24 anos.

#### Diagnóstico de admissão

Uma vez que os utentes apresentam uma grande diversidade de diagnósticos de admissão, optou-se por agrupar de acordo com sistemas fisiológicos: doenças do sistema neurológico, como AVC hemorrágico e/ou isquémico, meningite, TCE (n=31; 53,4%); doenças do sistema respiratório, como infeções respiratórias, doença pulmonar obstrutiva crónica, pneumonias de aspiração, pneumonias adquiridas na comunidade (n=5; 8,6%); doenças do sistema músculo-esquelético, como fratura do colo do fémur, fratura transtrocantérica, fratura da coluna vertebral, fratura da tíbia e perónio, osteoartrose, artrite reumatoide, patologia osteoarticular (n=10; 17,2%); doenças do sistema cardíaco,

como insuficiência cardíaca, endocardite, doença cardíaca hipertensiva (n= 5; 8,6%); doenças do sistema urinário, como infeções do trato urinário e insuficiência renal crónica (n= 2; 3,4%); doenças do sistema digestivo (n=1; 1,7%); anomalias congénitas (n=2; 3,4%) e neoplasias (n=2; 3,4%).

#### Antecedentes pessoais

Relativamente aos antecedentes pessoais mais frequentes, os utentes apresentavam: doenças do sistema neurológico, como AVC, TCE, demência, Parkinson, Alzheimer (n= 25; 43,1%); doenças do sistema respiratório e por infeção SARS-COV2 (n=12; 20,6%); doenças do sistema urinário (n= 7; 12,1%); doenças do sistema músculo-esquelético (n=5; 8,6%) e doenças do sistema cardíaco, neoplasias e alterações cutâneas (n=3; 5,2%). A análise dos antecedentes clínicos dos utentes é bastante relevante, na medida em que as alterações da deglutição poderão não ser consequência da patologia aguda responsável pela referenciação para a ECCI, mas ser de causa pré-existente (Madhavan et al., 2021; Moreira, 2021).

#### Avaliação da deglutição com recurso a um instrumento

Analizou-se ainda o número de pessoas a quem foi realizada a avaliação da deglutição com recurso à Escala de GUSS, uma vez que este instrumento é o que está preconizado na ECCI. Neste sentido, dos 24 utentes que apresentavam alteração da deglutição, constatou-se que foi avaliado em apenas um utente a deglutição, com recurso à Escala de GUSS.

Verificou-se igualmente que dos utentes admitidos com alteração da deglutição, n=2 (3,4%) teriam SNG e n=2 (3,4%) eram alimentados por PEG. Desta forma, 20 utentes (93,2%) apresentavam deglutição comprometida, sem terem nenhuma intervenção prescrita nesse domínio.

Após analisar os registos realizados pelos enfermeiros no SClínico® e no GestCare®, verificou-se que não existiam registo das intervenções de enfermagem realizadas, nem do envolvimento do familiar cuidador.

Refletindo sobre a análise dos resultados obtidos, constata-se que dos 58 utentes, 24 tinham compromisso da deglutição, sendo que destes foi avaliada a deglutição com recurso a um instrumento a apenas um utente. Este dado é preocupante, na medida em que a maioria da população em estudo é envelhecida e os diagnósticos médicos e

antecedentes que mais prevalecem são potenciadores de alterações da deglutição. De acordo com a *World Gastroenterology Organization* (2014), a disfagia é um problema com elevada prevalência, sendo que a nível mundial afeta cerca de 40 a 70% das pessoas com AVC; 51% dos idosos institucionalizados; 60 a 80% das pessoas com doenças neurodegenerativas; assim como, cerca de 13% dos adultos com mais de 65 anos.

Na perspetiva da organização dos cuidados, estes resultados evidenciam a importância de se realizarem os registos de enfermagem no processo clínico do utente, já que muitas vezes o executado não corresponde ao documentado (estando normalmente o registo em défice), podendo repercutir-se na conceção e na continuidade dos cuidados prestados.

Nesse sentido, após se constatar que os registos de enfermagem eram deficitários, tentou-se perceber o nível de conhecimento e de capacidade sobre a temática em estudo: a disfagia e o papel do enfermeiro no apoio ao utente e familiar cuidador. Para isso, foi construído um questionário de autopreenchimento, com base no instrumento de avaliação da deglutição preconizado pela instituição (Escala de GUSS), bem como numa revisão narrativa da literatura. O questionário é composto por duas partes: na primeira, pretende-se efetuar uma caracterização sociodemográfica dos enfermeiros da ECCI; na segunda parte, pretende-se avaliar o conhecimento dos enfermeiros sobre a disfagia (apêndice I). De salientar que a questão “Gostaria de receber formação adicional sobre a temática da disfagia?”, foi apenas integrada no questionário entregue na fase de diagnóstico de situação, sendo que dos 14 enfermeiros, apenas um (7,14%) referiu que não gostaria de receber formação adicional, embora tenha estado presente na formação de serviço realizada. Nesse sentido, a opção de se realizar uma formação em serviço sobre a temática da disfagia, adveio da necessidade expressa pela grande maioria dos enfermeiros (n=13; 92,86 %).

Após se ter explicado aos enfermeiros envolvidos em que consistia o presente estudo, foi solicitado que assinassem um consentimento informado para participação no mesmo, onde estavam explanados os objetivos da investigação, no sentido de salvaguardar as questões éticas, legais e de proteção de dados associadas a este tipo de investigação (apêndice II). O questionário foi entregue no decorrer do estágio de opção, quinze dias antes da formação, num dia de reunião geral do serviço, no sentido de obter o maior número de resposta possível. No sentido de assegurar a confidencialidade e o anonimato das respostas, mas de forma a que fosse possível emparelhar os questionários, os mesmos foram entregues num envelope com um código aleatório. Foi solicitado aos

enfermeiros que preenchessem um dos questionários e, por decisão unânime, foi decidido tirarem foto ao seu número e guardarem no seu telemóvel até ao dia da formação, para preencherem o outro questionário com o mesmo número após a formação.

### 3.2 DEFINIÇÃO DOS OBJETIVOS

De acordo com as etapas preconizadas por (Ruivo et al., 2010), após a realização do diagnóstico de situação, segue-se a definição dos objetivos, sendo que estes orientam o plano de ação, apontando os resultados que se pretende atingir.

Assim sendo, constituiu-se como objetivo geral:

- Implementar um projeto de melhoria contínua da qualidade na ECCI.

De forma a alcançar este objetivo, foram traçados os seguintes objetivos específicos:

- Realizar uma RIL com a seguinte questão de partida: “Qual a evidência disponível sobre os instrumentos de avaliação da deglutição nos adultos?”;
- Compreender como os enfermeiros procedem à avaliação da deglutição e como realizam o respetivo registo no processo clínico do utente;
- Compreender a necessidade de se realizar uma formação em serviço relativa à temática da disfagia e à intervenção do enfermeiro;
- Planear, executar e avaliar uma formação em serviço sobre a temática da disfagia e a intervenção do enfermeiro (apêndice III), com o objetivo de capacitar os enfermeiros para a utilização da Escala de GUSS;
- Elaborar um panfleto sobre a temática da disfagia para entregar aos utentes e familiares cuidadores (apêndice IV).

### 3.3 PLANEAMENTO

De acordo com (Ruivo et al., 2010), a fase do planeamento consiste na explicação das atividades propostas, com vista à obtenção dos objetivos delineados. De facto, a seleção das atividades, meios e estratégias a realizar deverão estar diretamente coadunados com os objetivos previamente definidos.

Com base no diagnóstico de situação apresentado anteriormente, foi elaborado um quadro com os problemas e as respetivas estratégias de intervenção (quadro 1).

**Quadro 1:** *Problemas e estratégias de resolução do diagnóstico de situação*

<b>Problemas</b>	<b>Estratégias</b>
<b>Défi ce de conhecimento e de capacidade dos enfermeiros da ECCI em avaliar a deglutição comprometida</b>	Recolha e análise da documentação de enfermagem registada no SClínico® e no GestCare® pelos enfermeiros. Planeamento, execução e avaliação de uma formação em serviço sobre a temática da disfagia e a intervenção do enfermeiro (incluindo a conceção dos cuidados).
<b>Determinar qual a metodologia utilizada para a operacionalização dos instrumentos de avaliação da deglutição nos adultos, no sentido da melhoria da prática profissional.</b>	Elaboração da RIL: “Qual a evidência disponível sobre os instrumentos de avaliação da deglutição nos adultos?”.
<b>Ausência de um panfleto sobre a disfagia, que possibilite aos utentes e/ou familiares cuidadores sustentar o conhecimento e a capacidade sobre a temática.</b>	Elaborar um panfleto sobre a temática da disfagia, de forma a sustentar o conhecimento e a capacidade do utente e/ou familiar cuidador sobre a alteração da deglutição, servindo de apoio aos ensin os efetuados pelos enfermeiros da ECCI.

### 3.4 EXECUÇÃO E AVALIAÇÃO

Esta etapa tem como objetivo, colocar em prática tudo o que foi planeado até ao momento. No sentido de avaliar os resultados, é necessário refletir e verificar se cada um dos objetivos propostos foi atingido, contribuindo para a resolução do problema inicial (Araújo & Gouveia, 2018).

Como referido no subcapítulo do diagnóstico de situação, para avaliar o conhecimento dos enfermeiros sobre a disfagia e a utilização da Escala de GUSS, foi utilizado um questionário. Face aos resultados obtidos, tornou-se premente a realização de uma formação em serviço sobre esta temática, com o objetivo de aprimorar o

conhecimento e a capacidade dos enfermeiros para realizarem a avaliação da deglutição dos utentes com recurso à Escala de GUSS.

Na formação em serviço participaram os 14 enfermeiros da equipa da ECCI. Além de se constatar a motivação e o reconhecimento, por parte dos enfermeiros, da necessidade em frequentar a formação em serviço, este aspeto também foi facilitador, na medida em que se pôde proceder ao mesmo *modus operandis* da etapa de diagnóstico de situação, ou seja, após a realização da formação em serviço, voltou a solicitar-se aos enfermeiros que preenchessem o mesmo questionário, de forma a emparelhar os dados e perceber se se verificaram diferenças estatisticamente significativas nos seus resultados.

A formação em serviço foi então planeada com o intuito de ter uma parte teórica e outra prática, tendo demorado significativamente 1 hora. Para a parte teórica, foi realizada uma apresentação em formato powerpoint® (apêndice III), no sentido de auxiliar a transmissão da informação, tendo-se, no entanto, o cuidado de não utilizar somente o método expositivo, mas sim o interrogativo, de forma a que os enfermeiros pudessem sentir-se mais envolvidos no seu processo de ensino-aprendizagem, como é preconizado pela formação contínua ao longo da vida. No que concerne à parte prática, articulou-se com uma delegada de informação médica a disponibilização de material referente à deglutição, como diferentes tipos de espessantes e material de apoio (exemplo: colher adaptada, *nosey cups*), para que os enfermeiros pudessem não só ter conhecimento dos auxiliares disponíveis, mas essencialmente experimentassem realizar as diferentes consistências dos líquidos, com recurso ao espessante.

Ainda nesta formação, foi apresentado o panfleto intitulado “Viver com disfagia” (apêndice IV), que foi realizado durante o estágio, no sentido de se constituir como um instrumento facilitador da apropriação do conhecimento dos familiares cuidadores sobre a temática da disfagia.

De salientar que a realização da formação em serviço e o desenvolvimento do panfleto supracitado, tiveram como finalidade a promoção da segurança e da qualidade dos cuidados prestados, através da capacitação dos enfermeiros e dos utentes e/ou familiares cuidadores sobre a temática da disfagia.

Relativamente à etapa da avaliação, esta constitui o momento onde se reflete sobre o trabalho que foi desenvolvido. De acordo com Ruivo et al. (2010), este processo na dinâmica do projeto é complexo e implica a contemplação de várias vertentes de análise e reflexão. Assim, seguidamente apresentam-se os resultados obtidos relativos à caracterização sociodemográfica dos enfermeiros, relativos à primeira parte do

questionário. Posteriormente, irão ser explanados os resultados relativamente ao conhecimento dos enfermeiros sobre a disfagia, avaliados na segunda parte do questionário.

Em relação à caracterização sociodemográfica, a amostra é constituída por 14 enfermeiros, sendo a maioria do género feminino (n=11; 78,4%). A idade dos participantes varia entre os 24 e os 60 anos, sendo a média de idades aproximadamente 43 anos (M= 42,86%; DP= 11,81%). Relativamente ao exercício da profissão, este varia entre 1 a 36 anos, sendo a média aproximadamente 19 anos (M=18,79%; DP= 11,34%).

Quanto ao título profissional, a maioria dos participantes possui a categoria de enfermeiro especialista (n= 9; 64,3%), sendo que quatro (28,6%) têm especialidade em Enfermagem de Reabilitação e dois (22,2%) a especialidade e mestrado em Enfermagem Comunitária. Dos EEER, apenas um (11,1%) detém o grau de mestre na área da Enfermagem de Reabilitação.

Relativamente à segunda parte do questionário, os resultados vão ser apresentados em forma de tabelas, no sentido de permitir uma melhor sistematização e explanação dos mesmos. Salienta-se que apenas se apresentam os resultados relativos às opções que estão corretas, e que se encontram explanadas no apêndice I.

A tabela 1 é referente à resposta dos enfermeiros, antes e após a formação, relativamente à questão 1 do questionário. Através da análise dos resultados obtidos na tabela 1, verifica-se que após a formação em serviço, a maior parte dos enfermeiros identificaram corretamente dois dos grupos de risco a quem deve ser realizado, o mais precocemente possível, o rastreio da disfagia. No entanto, apenas 12 enfermeiros responderam que os idosos pertencem a um grupo de risco.

**Tabela 1:** Resposta dos enfermeiros relativa à questão 1 do questionário: “A que grupo (s) se destina os rastreios da disfagia.”

	<b>Pré-formação</b>	<b>Pós-formação</b>
<b>Idosos</b>	6 (42,9%)	12 (85,7%)
<b>Doentes com patologia do foro neurológico, neuro degenerativo e respiratórias</b>	14 (100%)	14 (100%)
<b>Doentes com tumores de cabeça e pescoço</b>	8 (57,1%)	14 (100%)

<b>Doentes com patologia do foro psiquiátrico</b>	11 (78,6%)	9 (64,3%)
<b>Doentes com idade &lt;60 anos</b>	12 (85,7%)	14 (100%)

A tabela 2 é referente à resposta dos enfermeiros, antes a após a formação, relativamente à questão 2 do questionário. Verifica-se que sete enfermeiros desconheciam ou nunca tinham utilizado a Escala de GUSS. Tanto na fase de pré- formação, como na fase de pós- formação, os enfermeiros que na questão 2 responderam que nunca utilizaram a Escala de GUSS avançaram para a questão 5 (tal como se encontra indicado no próprio questionário). Isto demonstra que os enfermeiros estavam empenhados no preenchimento do questionário, uma vez que seguiram as indicações que se encontravam lá descritas.

Após a análise dos dados, na fase de pós- formação, verifica-se que dois enfermeiros referem que desconhecem a escala de GUSS, mesmo depois de estarem presentes na formação. Perante o exposto, poderá denotar-se algum défice de concentração, de compreensão ou de outro fator, que limitou a resposta destes participantes.

**Tabela 2:** Resposta dos enfermeiros relativa à questão 2 do questionário: “Conhece ou já alguma vez utilizou a Escala de GUSS.”

	<b>Pré- formação</b>	<b>Pós- formação</b>
<b>Sim</b>	7 (50%)	12 (85,7%)
<b>Não</b>	7 (50%)	2 (14,3%)

Relativamente à questão 3, relacionada com os critérios para a avaliação direta da deglutição (com recurso à Escala de GUSS), os seus resultados encontram-se descritos na tabela 3. Como já foi referido anteriormente, a Escala de GUSS é um instrumento de avaliação da deglutição. Nesse sentido, o enfermeiro não necessita de saber a escala na sua totalidade, mas antes deve ter o conhecimento sobre os critérios que deve avaliar. Assim sendo, estes critérios foram abordados durante a formação em serviço ministrada, sendo que se verificou um aumento do conhecimento dos enfermeiros sobre os mesmos.

**Tabela 3:** Resposta dos enfermeiros relativa à questão 3 do questionário “Relativamente à avaliação direta da deglutição da Escala de GUSS, os critérios de avaliação são:”

	<b>Deglutição Pré- formação</b>	<b>Deglutição Pós- formação</b>
<b>Sim</b>	6 (42,9%)	12 (85,7%)
<b>Não</b>	1 (7,1%)	2 (14,3%)
<b>Não aplicável</b>	7 (50,0%)	0
	<b>Estado de Vigília Pré- formação</b>	<b>Estado de Vigília Pós- formação</b>
<b>Sim</b>	3 (21,4%)	4 (28,6%)
<b>Não</b>	4 (28,6%)	8 (57,1%)
<b>Não aplicável</b>	7 (50,0%)	2 (14,3%)
	<b>Tosse involuntária Pré- formação</b>	<b>Tosse involuntária Pós- formação</b>
<b>Sim</b>	4 (28,6%)	11 (78,6%)
<b>Não</b>	3 (21,4%)	1 (7,1%)
<b>Não aplicável</b>	7 (50,0%)	2 (14,3%)
	<b>Sialorreia Pré- formação</b>	<b>Sialorreia Pós- formação</b>
<b>Sim</b>	5 (35,7%)	12 (85,7%)
<b>Não</b>	2 (14,3%)	0
<b>Não aplicável</b>	7 (50,0%)	2 (14,3%)
	<b>Deglutição Seletiva Pré- formação</b>	<b>Deglutição Seletiva Pós- formação</b>
<b>Sim</b>	2 (14,3%)	4 (28,6%)
<b>Não</b>	5 (35,7%)	8 (57,1%)
<b>Não aplicável</b>	7 (50,0%)	2 (14,3%)
	<b>Alteração da voz Pré- formação</b>	<b>Alteração da voz Pós- formação</b>
<b>Sim</b>	5 (35,7%)	12 (85,7%)
<b>Não</b>	2 (14,3%)	—
<b>Não aplicável</b>	7 (50,0%)	2 (14,3%)

	<b>Mastigação descoordenada Pré- formação</b>	<b>Mastigação descoordenada Pós- formação</b>
<b>Sim</b>	2 (14,3%)	3 (21,4%)
<b>Não</b>	5 (35,7%)	9 (64,3%)
<b>Não aplicável</b>	7 (50,0%)	2 (14,3%)

Na tabela 4 estão apresentados os resultados obtidos na questão 4, que se relaciona com os critérios para a avaliação indireta da deglutição (com recurso à escala de GUSS). Através da análise dos resultados, verifica-se um aumento no conhecimento dos enfermeiros sobre os mesmos, após a realização da formação em serviço.

**Tabela 4:** Resposta dos enfermeiros relativa à questão 4: “Relativamente à avaliação indireta da deglutição da Escala de GUSS, os critérios de avaliação são:”

	<b>Estado de Vigília Pré- formação</b>	<b>Estado de Vigília Pós- formação</b>
<b>Sim</b>	4 (28,6%)	9 (64,3%)
<b>Não</b>	3 (21,4%)	3 (21,4%)
<b>Não aplicável</b>	7 (50,0%)	2 (14,3%)
	<b>Tosse involuntária/limpeza faríngea Pré- formação</b>	<b>Tosse involuntária/limpeza faríngea Pós- formação</b>
<b>Sim</b>	4 (28,6%)	11 (78,6%)
<b>Não</b>	3 (21,4%)	1 (7,1%)
<b>Não aplicável</b>	7 (50,0%)	2 (14,3%)
	<b>Deglutição seletiva Pré- formação</b>	<b>Deglutição seletiva Pós- formação</b>
<b>Sim</b>	1 (7,1%)	6 (42,9%)
<b>Não</b>	6 (42,9%)	6 (42,9%)
<b>Não aplicável</b>	7 (50,0%)	2 (14,3%)
	<b>Perda de apetite Pré- formação</b>	<b>Perda de apetite Pós- formação</b>
<b>Sim</b>	2 (14,3%)	3 (21,4%)
<b>Não</b>	5 (35,7%)	9 (64,3%)
<b>Não aplicável</b>	7 (50,0%)	2 (14,3%)
	<b>Sialorreia</b>	<b>Sialorreia</b>

	<b>Pré- formação</b>	<b>Pós- formação</b>
<b>Sim</b>	2 (14,3%)	11 (78,6%)
<b>Não</b>	5 (35,7%)	1 (7,1%)
<b>Não aplicável</b>	7 (50,0%)	2 (14,3%)
	<b>Alteração da qualidade da voz Pré- formação</b>	<b>Alteração da qualidade da voz Pós- formação</b>
<b>Sim</b>	2 (14,3%)	10 (71,4%)
<b>Não</b>	5 (35,7%)	2 (14,3%)
<b>Não aplicável</b>	7 (50,0%)	2 (14,3%)
	<b>Falta de dentição Pré- formação</b>	<b>Falta de dentição Pós- formação</b>
<b>Sim</b>	2 (14,3%)	1 (7,1%)
<b>Não</b>	5 (35,7%)	11 (78,6%)
<b>Não aplicável</b>	7 (50,0%)	2 (14,3%)

Em relação à questão 5, pretende-se avaliar o conhecimento dos enfermeiros sobre a identificação dos sinais de alerta na pessoa com disfagia, tendo-se verificado, uma vez mais, que após a formação ministrada houve um aumento do conhecimento.

**Tabela 5:** Resposta dos enfermeiros relativa à questão 5 do questionário: “Dos sinais de alerta abaixo descritos, identifique os que estão presentes em doentes com disfagia.”

	<b>Alterações do estado de consciência Pré- formação</b>	<b>Alterações do estado de consciência Pós- formação</b>
<b>Sim</b>	6 (42,9%)	4 (28,6%)
<b>Não</b>	8 (57,1%)	10 (71,4%)
	<b>Infeções Respiratórias frequentes Pré- formação</b>	<b>Infeções Respiratórias frequentes Pós- formação</b>
<b>Sim</b>	5 (35,7%)	12 (85,7%)
<b>Não</b>	9 (64,3%)	2 (14,3%)
	<b>Mastigação e deglutição descoordenada Pré- formação</b>	<b>Mastigação e deglutição descoordenada Pós- formação</b>

<b>Sim</b>	12 (85,7%)	13 (92,9%)
<b>Não</b>	2 (14,3%)	1 (7,1%)
	<b>Regurgitação nasal ou oral dos alimentos/líquidos Pré- formação</b>	<b>Regurgitação nasal ou oral dos alimentos/líquidos Pós- formação</b>
<b>Sim</b>	5 (35,7%)	12 (85,7%)
<b>Não</b>	9 (64,3%)	2 (14,3%)
	<b>Xerostomia Pré- formação</b>	<b>Xerostomia Pós- formação</b>
<b>Sim</b>	1 (7,1%)	2 (14,3%)
<b>Não</b>	13 (92,9%)	12 (85,7%)
	<b>Tossir durante ou após a ingestão dos alimentos/líquidos, mesmo alguns minutos após Pré- formação</b>	<b>Tossir durante ou após a ingestão dos alimentos/líquidos, mesmo alguns minutos após Pós- formação</b>
<b>Sim</b>	11 (78,6%)	14 (100%)
<b>Não</b>	3 (21,4%)	0
	<b>Acumulação de resíduos alimentares Pré- formação</b>	<b>Acumulação de resíduos alimentares Pós- formação</b>
<b>Sim</b>	8 (57,1%)	13 (92,9%)
<b>Não</b>	6 (42,9%)	1 (7,1%)
	<b>Aumento de apetite Pré- formação</b>	<b>Aumento de apetite Pós- formação</b>
<b>Sim</b>	14 (100%)	14 (100%)
<b>Não</b>	0	0
	<b>Dificuldade em gerir secreções orais ou sialorreia Pré- formação</b>	<b>Dificuldade em gerir secreções orais ou sialorreia Pós- formação</b>
<b>Sim</b>	9 (64,3%)	12 (85,7%)
<b>Não</b>	5 (35,7%)	2 (14,3%)

Na tabela 6, apresentam-se os resultados obtidos na questão 6 do questionário, relacionada com as estratégias facilitadoras da deglutição, que o enfermeiro deve ensinar aos familiares cuidadores da pessoa com disfagia. Através da análise dos resultados obtidos, verifica-se que, embora os enfermeiros já tivessem um nível elevado de conhecimento sobre este domínio, após a formação em serviço, este melhorou em quase todas as opções. No entanto, na alínea “Direciona a colher de baixo para cima de modo a promover a extensão do pescoço”, o número de respostas corretas diminuiu após a formação.

**Tabela 6:** Resposta dos enfermeiros relativa à questão 6 do questionário: “Relativamente aos ensinamentos ao prestador de cuidados do doente com disfagia, refira quais as estratégias facilitadoras da deglutição.”

	<b>Posicionamento Pré-formação</b>	<b>Posicionamento Pós-formação</b>
<b>Sim</b>	12 (85,7%)	14 (100%)
<b>Não</b>	2 (14,3%)	0
	<b>Adaptação da consistência alimentar Pré-formação</b>	<b>Adaptação da consistência alimentar Pós-formação</b>
<b>Sim</b>	14 (100%)	14 (100%)
<b>Não</b>	0	0
	<b>Direcionar a colher de baixo para cima, de modo a promover a extensão do pescoço Pré-formação</b>	<b>Direcionar a colher de baixo para cima, de modo a promover a extensão do pescoço Pós-formação</b>
<b>Sim</b>	2 (14,3%)	6 (42,9%)
<b>Não</b>	12 (85,7%)	8 (57,1%)
	<b>Equipamentos adaptativos Pré-formação</b>	<b>Equipamentos adaptativos Pós-formação</b>
<b>Sim</b>	8 (57,1%)	14 (100%)
<b>Não</b>	6 (42,9%)	0

	<b>Prótese dentária bem-adaptada Pré- formação</b>	<b>Prótese dentária bem-adaptada Pós- formação</b>
<b>Sim</b>	7 (50,0%)	14 (100%)
<b>Não</b>	7 (50,0%)	0
	<b>Impedir a alimentação por mão própria Pré- formação</b>	<b>Impedir a alimentação por mão própria Pós- formação</b>
<b>Sim</b>	14 (100%)	14 (100%)
<b>Não</b>	0	0
	<b>Higiene oral Pré- formação</b>	<b>Higiene oral Pós- formação</b>
<b>Sim</b>	7 (50,0%)	14 (100%)
<b>Não</b>	7 (50,0%)	0
	<b>Espessante Pré- formação</b>	<b>Espessante Pós- formação</b>
<b>Sim</b>	13 (92,9%)	13 (92,9%)
<b>Não</b>	1 (7,1%)	1 (7,1%)

Pretendia-se ainda, avaliar a eficácia da estratégia preconizada com a entrega do panfleto, contudo, atendendo ao tempo limitado não foi possível.

### 3.5 DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

Segundo Ferrito et al. (2010), divulgação dos resultados obtidos após a implementação de um projeto é uma fase importante, na medida em que se dá a conhecer à população em geral e a outras entidades, a pertinência do projeto desenvolvido e o caminho percorrido na resolução de um determinado problema. Assim, a divulgação assegura o conhecimento externo do projeto e a possibilidade de discutir as estratégias adotadas na resolução do problema.

Embora possa ser considerada a fase final da metodologia, esta está sujeita a alterações ao longo do desenvolvimento do projeto, o que se verificou com a divulgação dos resultados obtidos à equipa da ECCI, assim como à elaboração de um artigo referente aos dados pré e pós- formação, que se encontra na fase final de redação, para ser submetido a publicação numa revista científica. Considera-se também a apresentação do projeto e

discussão do mesmo em provas públicas como um momento de divulgação dos resultados obtidos. Além disso, os resultados obtidos serão divulgados em eventos científicos internacionais, em formato de póster ou comunicação oral, como forma de demonstrar a importância de se exercer uma prática baseada na evidência.

Neste subcapítulo pretende-se ainda realizar uma análise e discussão mais aprofundada sobre os resultados encontrados no subcapítulo anterior.

Através da análise das tabelas apresentadas no subcapítulo “Execução e Avaliação”, verifica-se um aumento do conhecimento dos enfermeiros em todos os domínios avaliados, o que demonstra, por si só, que a formação em serviço ministrada foi eficaz.

No entanto, e no sentido de avaliar a satisfação dos enfermeiros relativamente à formação em serviço ministrada, assim como do desempenho do formador, foi entregue aos enfermeiros outro questionário (anexo II). De ressaltar que este questionário foi cedido pela ECCI onde decorreu o estágio de opção, sendo este o preconizado pela instituição de saúde. Este questionário é constituído por 6 domínios, em que o primeiro corresponde à competência técnica e pedagógica do formador. Este domínio avalia os meios técnicos-pedagógicos utilizados, a capacidade de comunicação e clareza dos conteúdos apresentados pelo formador, nível geral de conhecimentos transmitidos e avalia quanto à qualidade da documentação (conteúdo, interesse e apresentação). Em relação ao segundo domínio, este destina-se a avaliar como foi desenvolvido o conteúdo programático, se foi tratado com a profundidade adequada, se foi com interesse para o seu desempenho, se foi de interesse pessoal e se foi adequado para futura replicação. Quanto ao terceiro domínio, este diz respeito a aspetos organizativos e logísticos, tais como: receção e apoio, qualidade das instalações, equipamento, suportes pedagógicos e o horário. O quarto domínio avalia a motivação/ participação dos formandos, que envolve os seguintes parâmetros: a qualidade das intervenções dos participantes, o nível de envolvimento dos participantes e a qualidade das trocas de informação e de experiências profissionais. Já o quinto domínio, faz uma apreciação global da formação, onde avalia a duração da ação, se as suas expectativas foram satisfeitas e em termos globais, como classificaria esta ação de formação. Por fim, o sexto domínio envolve uma sugestão para melhorar a ação de formação. A maioria das questões são avaliadas numa escala de Likert de quatro pontos, sendo que um corresponde a “nada satisfeito” e quatro corresponde a “muito satisfeito”.

Na tabela 7 apresentam-se os resultados obtidos relativamente ao primeiro domínio do questionário de avaliação da satisfação dos enfermeiros relativamente à formação em serviço. Pode-se verificar que a maior parte dos enfermeiros avaliaram a competência técnica e pedagógica do formador com um grau de satisfação de muito bom.

**Tabela 7:** *Grau de satisfação dos participantes relativamente à competência técnica e pedagógica do formador.*

<b>Avaliação</b>	<b>Grau de Satisfação</b>	<b>Participantes</b>
<b>Meios técnico-pedagógicos</b>	Muito Bom	n=10 (17,2%)
	Bom	n=4 (6,9%)
<b>Capacidade de comunicação e clareza</b>	Muito Bom	n=11 (19,0%)
	Bom	n=3 (5,2%)
<b>Nível geral de conhecimentos transmitidos</b>	Muito Bom	n=11 (19,0%)
	Bom	n=3 (5,2%)
<b>Qualidade da documentação (conteúdo, interesse e apresentação)</b>	Muito Bom	n=11 (19,0%)
	Bom	n=3 (5,2%)

Na tabela 8, apresentam-se os resultados obtidos relativamente ao segundo domínio do questionário de avaliação da satisfação dos enfermeiros quanto ao conteúdo programático da formação em serviço. Pode-se verificar que a maior parte dos enfermeiros a avaliaram com um grau de satisfação de muito bom. Este domínio envolve ainda três questões abertas, em que apenas um dos enfermeiros respondeu a duas destas questões. Em relação à questão 2.1 “Qual a matéria que mais o interessou?”, o enfermeiro respondeu que foram os ensinamentos ao cuidador. Por sua vez, na questão 2.2 “Qual a matéria que menos interessou?”, o mesmo enfermeiro respondeu que foram as fases da deglutição. A questão 2.3 “Que outro tema gostaria de ter visto abordado?” não obteve nenhuma resposta por parte dos enfermeiros.

**Tabela 8:** Grau de satisfação dos participantes relativamente ao conteúdo programático da formação.

<b>Avaliação</b>	<b>Grau de Satisfação</b>	<b>Participantes</b>
<b>Tratado com a profundidade adequada</b>	Muito Bom	n=11 (19,0%)
	Bom	n=2 (3,4%)
	Satisfatório	n=1 (1,7%)
<b>Interesse para o desempenho dos participantes</b>	Muito Bom	n=11 (19,0%)
	Bom	n=2 (3,4%)
	Satisfatório	n=1 (1,7%)
<b>Interesse pessoal</b>	Muito Bom	n=12 (20,7%)
	Bom	n=2 (3,4%)
<b>Adequado para futura replicação</b>	Muito Bom	n=8 (13,8%)
	Bom	n=6 (10,3%)

Na tabela 9 apresentam-se os resultados obtidos relativamente ao terceiro domínio do questionário de avaliação da satisfação dos enfermeiros relativamente aos aspetos organizativos e logísticos da formação ministrada em serviço. Pode-se verificar que a maior parte dos enfermeiros avaliaram com um grau de satisfação de muito bom.

**Tabela 9:** Grau de satisfação dos participantes relativamente aos aspetos organizativos e logísticos da formação.

<b>Avaliação</b>	<b>Grau de Satisfação</b>	<b>Participantes</b>
<b>Receção e apoio</b>	Muito Bom	n=8 (13,8%)
	Bom	n=6 (10,3%)
<b>Qualidade das instalações</b>	Muito Bom	n=8 (13,8%)
	Bom	n=6 (10,3%)
<b>Equipamento</b>	Muito Bom	n=7 (12,1%)
	Bom	n=7 (12,1%)
<b>Suportes pedagógicos</b>	Muito Bom	n=8 (13,8%)
	Bom	n=6 (10,3%)
<b>Horário</b>	Muito Bom	n=7 (12,1%)
	Bom	n=7 (12,1%)

Na tabela 10 apresentam-se os resultados obtidos relativamente ao quarto domínio do questionário de avaliação da satisfação dos enfermeiros quanto à motivação/participação do formando na formação em serviço. Pode-se verificar que a maior parte dos enfermeiros avaliaram com um grau de satisfação de muito bom.

**Tabela 10:** Grau de satisfação dos participantes relativamente à motivação/participação do formador.

<b>Avaliação</b>	<b>Grau de Satisfação</b>	<b>Participantes</b>
<b>A qualidade das intervenções dos participantes</b>	Muito Bom	n=8 (13,8%)
	Bom	n=6 (10,3%)
<b>Nível de envolvimento dos participantes</b>	Muito Bom	n=8 (13,8%)
	Bom	n=6 (10,3%)
<b>A qualidade das trocas de informação e de experiências profissionais</b>	Muito Bom	n=8 (13,8%)
	Bom	n=6 (10,3%)

Na tabela 11 apresentam-se os resultados obtidos relativamente ao quinto domínio do questionário de avaliação da satisfação dos enfermeiros numa apreciação global da formação em serviço. Pode-se verificar que a maior parte dos enfermeiros avaliaram com um grau de satisfação de muito bom.

**Tabela 11:** Grau de satisfação dos participantes relativamente à apreciação global da formação.

<b>Avaliação</b>	<b>Grau de Satisfação</b>	<b>Participantes</b>
<b>Duração da ação</b>	Muito Bom	n=8 (13,8%)
	Bom	n=6 (10,3%)
<b>Espectativas</b>	Muito Bom	n=10 (17,2%)
	Bom	n=4 (6,9%)
<b>Em termos globais, como classificam esta ação de formação</b>	Muito Bom	n=10 (17,2%)
	Bom	n=4 (6,9%)

Por fim, este questionário de satisfação contém uma última questão aberta “Que sugestões daria para melhorar a ação de formação?”. Nesta questão não se obteve nenhuma resposta por parte dos enfermeiros.



#### **4. REFLEXÃO SOBRE AS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS NO ESTÁGIO DE OPÇÃO**

Neste capítulo pretende-se refletir sobre o processo de aquisição e desenvolvimento das competências específicas do EEER, bem como sobre as competências inerentes ao grau de mestre. Desta forma, irá efetuar-se uma análise reflexiva das atividades desenvolvidas ao longo do estágio, no qual se inclui um projeto de melhoria da qualidade, com o objetivo de melhorar o conhecimento e a capacidade dos enfermeiros sobre a temática da deglutição comprometida e sobre a avaliação da deglutição através da Escala de GUSS, com a finalidade de contribuir para a segurança e a qualidade dos cuidados prestados numa ECCI.

Ao longo do estágio houve oportunidade de vivenciar diversas experiências que promoveram o desenvolvimento do processo de reflexão sobre a prática, o qual gerou um conhecimento mais contextualizado. O estágio de opção é importante para futuros enfermeiros especialistas, na medida em que permite que as aprendizagens ocorram no contexto da prestação de cuidados, facilitando o processo de aprendizagem e de consolidação de conhecimentos (OE, 2021). O estágio deve ser considerado como um elemento central na transição de enfermeiro para enfermeiro especialista, materializando o relatório apresentado, a síntese crítica da organização, a estruturação das atividades que compuseram o processo formativo em causa, integrando necessariamente, numa componente de investigação (OE, 2021). O relatório final de estágio surge como um instrumento essencial na avaliação dos processos de aprendizagem e de aquisição e desenvolvimento de competências, uma vez que através da sua elaboração desenvolve-se uma reflexão crítica, objetiva e contextualizada de todo o trabalho realizado, analisando de forma fundamentada todos os pormenores e elementos do estágio realizado (OE, 2021). Desta forma, com a elaboração deste relatório, considera-se que foi possível adquirir e mobilizar competências, que convidam a um processo de reflexão sobre o que são competências.

As competências específicas do enfermeiro especialista são “as competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade” (Regulamento n.º 140/2019 da OE, 2019, p. 4745).

De acordo com estas definições, a OE define o domínio de competência como sendo uma esfera de ação abrangendo um conjunto de competências, que no caso do

enfermeiro especialista, são distinguidas em competências comuns e competências específicas (Regulamento n.º 140/2019 da OE, 2019). Seguindo estas orientações, organizou-se este capítulo tendo por base os domínios das competências comuns, por considerar que refletem com mais fidelidade o trabalho desenvolvido durante este processo formativo (Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Segundo Amaral e Figueiredo (2021), o conceito de competência é considerado como um saber agir responsável, eficaz e reconhecido de uma pessoa perante uma situação, num determinado contexto profissional, sujeito a um sistema de avaliação. Como tal, implica saber selecionar, mobilizar, integrar e transferir conhecimentos, informações, predisposições, métodos, recursos, habilidades, com relevo nas aprendizagens pessoais, na formação educacional e na experiência profissional. Por sua vez, Benner (2001) refere que a aquisição e evolução do desenvolvimento de competências do enfermeiro tem por base as experiências vivenciadas e a forma como as mesmas são ensinadas. Já Martins (2017) refere que o desenvolvimento de competências para a intervenção é um processo complexo, pois requer que o profissional saiba criar um conjunto de intervenções técnicas, e que esta componente seja acompanhada de conhecimento e de capacidade de recolher e analisar a informação, no sentido de tomar decisões.

Desta forma, o estágio apresentou-se como uma componente formativa essencial para aquisição de conhecimento científico, técnico, humano e cultural, para o desenvolvimento de competências e habilidades profissionais, processo que foi facilitado pela atitude reflexiva sobre a prática (Amaral & Figueiredo, 2021).

#### 4.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Segundo o Regulamento das Competências Específicas do EEER (2019), os enfermeiros especialistas desempenham competências comuns independentemente da área de especialidade:

“(...) são as competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (Regulamento n.º 140/2019 da OE, 2019, p.4745).

Ser enfermeiro especialista é ter um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

O enfermeiro especialista é entendido pela OE (2019, p.4744) como “(...) aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem”.

Os domínios das competências comuns do enfermeiro especialista dividem-se em quatro domínios: 1) domínio da responsabilidade profissional, ética e legal; 2) domínio da melhoria contínua da qualidade; 3) domínio da gestão de cuidados; e 4) domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento n.º 140/2019 das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, 2019). Com base nestes domínios, seguidamente irão ser abordados os objetivos delineados para o estágio de opção, assim como estratégias desenvolvidas, que contribuirão para o desenvolvimento das competências adquiridas.

### **1) Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal**

Durante o estágio, foi sempre desenvolvida uma prática profissional e ética, baseada em princípios, valores e normas deontológicas, respeitando os direitos humanos daqueles que estiveram envolvidos em todo o processo.

O domínio da responsabilidade profissional, ética e legal do enfermeiro especialista, inclui duas competências: o desenvolvimento de uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional, e a promoção de práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. O enfermeiro especialista demonstra um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica. A competência assenta num corpo de conhecimento no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do utente. O enfermeiro especialista demonstra uma prática que respeita os direitos humanos, analisa e interpreta as situações específicas de cuidados especializados (Matos, 2019).

Ao longo de todo o estágio foram prestados cuidados de enfermagem individualizados e humanizados, agindo em conformidade com os princípios éticos e

deontológicos da prática profissional, respeitando a proteção dos direitos humanos, a segurança, a privacidade, a intimidade e a dignidade da pessoa, assim como dos seus familiares cuidadores. Na prática do exercício profissional, houve sempre uma postura correta, uma análise e reflexão sobre todas as ações, com o objetivo de reconhecer lacunas e melhorar a prestação de cuidados. Além disso, a prática clínica foi sempre alicerçada em decisões conscientes, contextualizadas e devidamente fundamentadas na evidência científica.

No desenrolar deste estágio, as tomadas de decisão tiveram em conta o respeito pelos direitos humanos, baseando-se no conhecimento e experiência. Desta forma, nas visitas domiciliárias da ECCI, assegurou-se a confidencialidade, assim como o respeito pela privacidade, pelos valores e crenças dos utentes e familiares cuidadores. Foram também observadas situações específicas de cuidados especializados, para as quais foram desenvolvidas intervenções de enfermagem baseadas na responsabilidade, cumprindo os princípios básicos da ética (Correia & Magno, 2022).

Aquando a realização dos cuidados prestados, foi necessário fazer análises e reflexões acerca da pessoa referenciada, envolvendo o familiar cuidador, assim como tomar decisões em equipa interdisciplinar, com a finalidade de providenciar estratégias para a resolução de problemas.

Quantos aos dados colhidos para a realização do PMQ, foram asseguradas todas as medidas éticas e legais. Este trabalho realizou-se com autorização do ACES responsável pela ECCI, onde decorreu o estágio de opção. Em relação aos questionários, todos os enfermeiros foram informados acerca dos objetivos em estudo, tendo assinado um consentimento informado (apêndice II), onde salvaguarda a confidencialidade e o anonimato dos participantes, bem como os princípios da autonomia, da beneficência e não maleficência. Também foram tidos em consideração os aspetos éticos, quando se codificaram os questionários, de forma a mais tarde se poder realizar o emparelhamento dos dados.

## **2) Domínio da melhoria contínua da qualidade**

Segundo o Regulamento n.º 140/2019 da OE (2019), os enfermeiros especialistas devem desempenhar um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica, conceber, gerir e colaborar em programas de melhoria contínua da qualidade, criando e mantendo um ambiente terapêutico e seguro.

Neste domínio da melhoria contínua da qualidade, foi realizado um projeto de intervenção na área na pessoa com compromisso da deglutição, onde foi identificado um problema (diagnóstico de situação), foi planeado, executado e avaliado um programa de intervenção, com a finalidade de aumentar a qualidade dos cuidados prestados pelos enfermeiros da ECCI. Foi igualmente elaborado um panfleto para a pessoa com compromisso da deglutição e/ou familiar cuidador, intitulado de “Viver com disfagia”, com o intuito de contribuir para a apropriação do conhecimento dos mesmos sobre a temática da disfagia aquando da capacitação dos familiares cuidadores para o desempenho do novo papel, por parte dos enfermeiros da ECCI. Desta forma, poder-se-á considerar que o desenvolvimento destas atividades promoveu a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.

A qualidade em saúde, definida como a prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tem em conta os recursos disponíveis e consegue a adesão e satisfação do cidadão, pressupõe a adequação dos cuidados às necessidades e expectativas do cidadão (Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015 - 2020, 2015). Nesse sentido, o presente PMQ permitiu não só aprofundar a capacidade de utilizar a evidência científica na área da disfagia, como também contribuir para a produção e divulgação de conhecimento, através da realização de uma formação em serviço e da publicação de resultados em artigos.

### **3) Domínio da gestão de cuidados**

Neste domínio espera-se que os enfermeiros especialistas sejam capazes de gerir os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da equipa de enfermagem em articulação com os restantes profissionais de saúde, bem como adaptar a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, garantindo sempre a qualidade dos cuidados prestados (Regulamento n.º 140/2019 da OE, 2019).

O desenvolvimento do PMQ possibilitou atuar como dinamizador e gestor da incorporação de novos conhecimentos no contexto da prática de cuidados, visando ganhos em saúde, bem como desenvolver aprendizagens profissionais e adquirir capacidade relacionais/comunicacionais.

Durante a realização do estágio de opção, foi permanente a otimização da qualidade dos cuidados através de uma gestão dos cuidados, com vista à otimização da resposta da equipa de enfermagem e dos seus colaboradores, processos de cuidados mais

completos, pertinentes e adequados à situação clínica e necessidades da pessoa, família ou familiar cuidador.

As reuniões realizadas em equipa interdisciplinar, antes da visita domiciliária, contribuíram de forma significativa para o desenvolvimento de competências neste domínio, uma vez que viabilizaram o *brainstorming* e, desta forma, possibilitaram a tomada de decisão em conjunto, viabilizando o desenvolvimento de atividades de gestão de cuidados.

Em suma, relativamente a neste domínio, poder-se-á afirmar que houve a preocupação de se desenvolver um trabalho de forma autónoma e dinâmica, participando nas tomadas de decisão, colaborando com toda a equipa interdisciplinar, otimizando o trabalho e adequando os recursos às necessidades de cuidados, e promovendo um ambiente positivo e favorável à prática dos cuidados. Considera-se que ao longo do estágio foi demonstrado a capacidade de trabalhar em equipa, adaptando a liderança e a gestão dos recursos em função das situações e ao contexto, com a finalidade da otimização da qualidade de cuidados prestados.

#### **4) Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais**

No domínio das aprendizagens profissionais, houve a oportunidade de desenvolver o autoconhecimento, a autoconfiança, a autoestima, salientado que a prática clínica foi sempre baseada em evidência científica. Este domínio é essencial para a aquisição de competências específicas do enfermeiro especialista, com a finalidade de melhorar a prestação de cuidados (Correia & Magno, 2022).

No domínio da aprendizagem profissional, o Regulamento n.º 140/2019 refere que os enfermeiros especialistas devem desenvolver conhecimento, baseando a sua prática clínica especializada em evidência científica (Regulamento n.º 140/2019 da OE, 2019). De acordo com a OE (2012), o enfermeiro é um profissional autodirigido nos seus processos de aprendizagem, identificando as suas necessidades de formação e a melhor resposta a elas no sentido de exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, adotando medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e os serviços de enfermagem. Além disso, o enfermeiro especialista deve manter a atualização contínua dos conhecimentos, tendo formação permanente e analisando o trabalho efetuado, bem como deve reconhecer eventuais falhas (OE, 2012).

Durante este percurso, todo o conhecimento adquirido e experiências vivenciadas, mostraram ser bastante significativas para responder favoravelmente a este domínio. O

estágio de opção, pelas inúmeras experiências que proporcionou, revelou-se muito proveitoso para aquisição de novos conhecimentos para a prática clínica na área da Enfermagem de Reabilitação. Durante o percurso foi realizado uma RIL, com o objetivo de fundamentar as atividades desenvolvidas na prática e, desta forma, exercer uma prática baseada na evidência. Assim, verificou-se que todo o processo de planeamento, execução e avaliação da formação em serviço, permitiu desenvolver competências científicas, relacionais, éticas e técnicas, bem como o desenvolvimento de uma análise crítico-reflexiva das situações vivenciadas na prática clínica. Através da formação em serviço promove-se nos enfermeiros a realização de um confronto entre a teoria e a prática, ou seja, entre o real e o ideal, o que poderá levar a uma mudança de comportamentos.

A formação contínua do enfermeiro, constitui não só uma forma de desenvolvimento pessoal e profissional com vista à melhoria da qualidade dos cuidados, mas também um dever para com a profissão. Embora se defina como um dever, a formação contínua não assume um carácter obrigatório, sendo o enfermeiro autónomo na sua autoformação após o término do Curso de Licenciatura.

O desenvolvimento profissional continuado permite a renovação e a atualização de competências, sendo necessária a construção da cultura de aprendizagem ao longo da vida para os enfermeiros. Há muitos desafios para manter os profissionais motivados para procurar essa aprendizagem contínua. De facto, é necessário que o enfermeiro seja capaz de continuar a sua formação, utilizando métodos eficazes para prestar ao utente uma assistência à saúde adequada e segura. Atualmente, a facilidade no acesso à informação incentiva o investimento na educação permanente, resultando na construção da autonomia profissional e desenvolvimento do profissionalismo (Ornellas & Monteiro, 2023).

#### 4.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Os enfermeiros especialistas na área da Enfermagem de Reabilitação detêm um perfil de competências caracterizado pelo elevado nível de conhecimentos e capacidades que lhes permitem a elaboração e o desenvolvimento de programas de reabilitação baseados nos problemas de saúde reais e potenciais resultantes de uma alteração da capacidade funcional do indivíduo e/ou alteração do estilo de vida resultante de deficiência/incapacidade ou doença crónica (Regulamento das Competências Específicas do EEER, 2019). Estes profissionais estão capacitados para diagnosticar e intervir nas áreas de reabilitação e para tomar decisões relativas à promoção da saúde, à prevenção de

complicações e/ou incapacidades secundárias e ao tratamento e reabilitação, maximizando o potencial da pessoa e minimizando sequelas. Desta forma, distinguem-se por possuírem formação e prática avançada, considerando-se como peritos na promoção da independência e/ou máxima capacidade funcional que a pessoa necessita ao longo da vida (OE, 2011).

Segundo o Regulamento das Competências Específicas do EEER (2019), o EEER tem como objetivo: cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida e em todos os contextos da prática de cuidados; capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania; e maximizar a funcionalidade, desenvolvendo as capacidades da pessoa. Para atingir estes objetivos, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação direcionados, baseados nos problemas reais e potenciais da pessoa. O conjunto de competências clínicas especializadas que lhe são reconhecidas permitem-lhe "(...) tomar decisões relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação maximizando o potencial da pessoa" (Regulamento das Competências Específicas do EEER, 2019, p.13566).

Neste subcapítulo, de forma a facilitar a reflexão sobre as diversas competências desenvolvidas, subdividem-se as competências explanadas pelo Regulamento das Competências Específicas do EEER (2019).

Inicialmente considerou-se a competência do EEER no âmbito do cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados (Regulamento das Competências Específicas do EEER, 2019). Neste sentido, um dos objetivos do estágio de opção passou por avaliar a funcionalidade e diagnosticar alterações que determinassem limitações da atividade e incapacidades na pessoa com compromisso da deglutição. Durante o estágio, houve a oportunidade de colher dados acerca da identificação da pessoa com alteração da deglutição ou com risco de alteração da funcionalidade. Foi ainda possível realizar ensinamentos tanto ao utente como ao familiar cuidador, o que se revelou fundamental para o desenvolvimento desta competência.

Em Portugal, com a Lei n.º 100/2019 da Assembleia da República, de 6 de setembro de 2019, foi aprovado o Estatuto de Cuidador Informal. Este estatuto veio regulamentar quer os direitos e deveres do cuidador, quer da pessoa cuidada. Nesse sentido, o EEER possui conhecimento e competências profissionais para capacitar e empoderar o cuidador informal/ familiar cuidador, a pessoa e a família. No contexto

domiciliário, o EEER assume-se como uma figura imprescindível, pois sendo a adaptação à condição de saúde um dos aspetos fulcrais da Enfermagem de Reabilitação, os cuidados de reabilitação terão a sua expressão máxima quando exercidos diretamente no domicílio. Neste sentido, a aplicação do processo de enfermagem de reabilitação na pessoa, em contexto domiciliário, permitiu que as intervenções de enfermagem fossem as mais individualizadas possíveis, tendo como foco a capacitação/*empowerment* da pessoa e/ familiar cuidador, potenciando a transição saúde/doença (Santos, 2022).

Destaca-se o papel preponderante na capacitação da pessoa e do familiar cuidador, com vista a uma transição segura e a uma adaptação à nova condição de saúde, dando continuidade aos cuidados iniciados a nível hospitalar, uma vez que as transições saúde-doença com resultados menos positivos são geradoras de dependência (Ferreira et al., 2022).

A intervenção do EEER na pessoa com disfagia passa por uma avaliação imediata, mas também pela classificação da mesma e intervenção no sentido de promover a diminuição do risco e uma melhoria do processo de deglutição. No contexto onde decorreu o estágio, houve o desenvolvimento desta competência, no âmbito da identificação do diagnóstico, da realização do planeamento e na implementação de intervenções associadas, no sentido de preparar a pessoa e o familiar cuidador para a alta clínica da ECCI. De salientar, que a realidade encontrada no contexto comunitário contém diversos desafios, desde a pessoa/familiar cuidador que regressaram a casa após o internamento hospitalar recente e que se deparam com muitas dúvidas relativamente à condição de saúde da pessoa, à sua evolução e à própria continuidade do processo de reabilitação. Em outros casos, a alta não é simultânea à integração na ECCI, o programa de reabilitação que deveria ter sido promovido pela informação transmitida à pessoa e à família na preparação da alta hospitalar, fica estagnado, quebrando a continuidade dos cuidados. As falhas identificadas coadunam-se com as encontradas na pesquisa bibliográfica realizada e derivam, essencialmente, de uma ineficaz preparação para o regresso a casa e da dificuldade em identificar recursos na comunidade para obtenção de suporte para a pessoa dependente e seu cuidador (Lopes, 2018).

A intervenção do EEER neste momento é particularmente importante, na medida em que auxilia a estruturação de novos objetivos, consoante os recursos disponíveis, e intervém no sentido de obter uma maior potencialização da independência e reeducação funcional e capacitar a pessoa/ família para lidar com problemas reais ou potenciais. Esta intervenção do EEER fomenta a continuidade dos cuidados à pessoa com incapacidade

para além da alta do internamento em ECCI. Na medida em que se potencializa a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa, o EEER relaciona-se com esta com o intuito de realizar atividades que possibilitem amplificar as capacidades funcionais e, desta forma, possibilitar uma melhor prestação motora, cardíaca e respiratória, maximizando o potencial e a evolução pessoal (Matos, 2019).

A segunda competência específica do EEER relaciona-se com a capacitação da pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania (Regulamento das Competências Específicas do EEER, 2019). Durante o estágio de opção foi possível realizar a avaliação da pessoa possibilitando a elaboração de planos de cuidados de reabilitação, de modo a promover as capacidades adaptativas da pessoa e/ou familiar cuidador. Todas as intervenções foram adaptadas às necessidades de cada indivíduo, respeitando sempre a sua individualidade e as suas limitações, tendo em conta as condições físicas, cognitivas e motivacionais quer da pessoa, quer do seu familiar cuidador. As intervenções de enfermagem prescritas foram realizadas com o intuito de motivar a pessoa e a família, uma vez que quando estes se sentem motivados e realizados, revelam um maior grau de adesão aos programas de reabilitação (Araújo et al., 2021).

No contexto em que decorreu o estágio de opção, ECCI, o familiar cuidador desempenha um papel preponderante, pelo que é constantemente envolvido no programa de reabilitação da pessoa, sendo essa envolvimento fulcral para o sucesso na reabilitação da pessoa com alterações, nomeadamente da deglutição, uma vez que a maior parte das vezes é o familiar cuidador que prepara as refeições e auxilia a pessoa a alimentar-se. Neste âmbito, foram realizados ensinamentos sobre: estratégias facilitadoras da deglutição (posicionamento adequado, adaptação da consistência alimentar e do espessamento dos líquidos, higiene oral meticulosa...); riscos do compromisso na deglutição (por exemplo, risco de aspiração, de subnutrição e de desidratação); técnica de tosse eficaz; prevenção de complicações e criação de um ambiente seguro; e utilização de equipamento adaptativo. Nesse sentido, o panfleto elaborado teve como objetivo potenciar a apropriação do conhecimento quer da pessoa, quer do familiar cuidador, sobre os domínios anteriormente mencionados, funcionando como um recurso informativo válido e credível.

Admite-se que a elaboração do PMQ, alicerçado à análise crítico reflexiva dos cuidados prestados, possibilitou o desenvolvimento desta competência.

Relativamente à terceira competência do EEER, presente no Regulamento das Competências Específicas do EEER (2019), esta encontra-se relacionada com a maximização da funcionalidade, no sentido de desenvolver as capacidades da pessoa. Para a aquisição desta competência foi importante a totalidade das intervenções de enfermagem realizadas ao longo do estágio de opção, que tiveram sempre como finalidade a maximização das capacidades funcionais da pessoa, na medida em que os programas de reabilitação, tiveram como principal objetivo promover a máxima autonomia nas AVD's, minimizando o impacto da incapacidade no dia-a-dia da pessoa e facilitando a sua integração na sociedade.

#### 4.3 COMPETÊNCIAS DE MESTRE

A obtenção do grau de Mestre, segundo o Decreto-Lei n.º 65 de 16 de agosto de 2018, é conferido a quem: detém conhecimento e capacidade de compreensão, que fomenta o desenvolvimento e aprofundamento de conhecimentos e competências alicerçando a base do desenvolvimento em contexto de investigação, sabendo aplicá-los na prática para a resolução dos mais diversos problemas e nos múltiplos contextos; possui a capacidade de incorporar conhecimentos, gerir situações complexas, elaborar soluções ou emitir críticas em situações de informação escassa, refletir sobre as implicações e as responsabilidades éticas e sociais resultantes dessas soluções; souber comunicar as conclusões, conhecimentos e raciocínios implícitos, transmitindo a informação de forma clara, concisa, objetiva e eficaz a todas as pessoas de diferentes áreas e graus de literacia; adquirir competências que lhe permitam uma aprendizagem ao longo da vida de forma autónoma. Estes pressupostos vão ao encontro do explanado no Decreto-Lei n.º. 63/2016 de 13 de setembro do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, que enuncia que o mestrando deve possuir conhecimento e demonstrar uma capacidade avançada de compreensão.

As aquisições de competências de mestre coadunam-se com o desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista e das competências específicas do EEER, alcançadas através da pesquisa suportada pela evidência científica e obtenção de novo conhecimento no decorrer dos estágios clínicos, consistentes com a excelência da prática dos cuidados específicos (Basílio, 2021).

Assim, poder-se-á afirmar que todo o processo desenvolvido durante o estágio de opção possibilitou o desenvolvimento desta competência, na medida em que foi implementado um PMQ. De acordo com Gobbi e Kaunonen (2018), o mestre deve ter

competências de elaboração de documentos de produção científica, sustentado na evidência recente. Nesse sentido, a própria redação da RIL, em formato de artigo, teve como objetivo o desenvolvimento desta competência, que se revela crucial para a detenção do grau de mestre.

O mestre em Enfermagem é um agente promotor de excelência da formação dos pares e colaboradores. Durante a prática clínica foi desempenhado um papel importante na equipa enfermagem, uma vez que ao “comunicarmos as conclusões, os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades” (Decreto-Lei n.º 63/2016 da Assembleia da República, 2016) contribui-se para a orientação dos cuidados prestados, visando a segurança e a qualidade dos mesmos. Nesse sentido, para aquisição desta competência, foi fundamental a análise dos resultados obtidos através da implementação do PMQ, assim como a sua divulgação na formação em serviço ministrada, pois foi através desta reflexão fundamentada que foi possível contribuir para o conhecimento e capacidade dos enfermeiros em concetualizarem cuidados à pessoa com compromisso da deglutição.

O mesmo Decreto-Lei refere-se ainda ao desenvolvimento e/ou aplicações originais em contexto de investigação (Decreto-Lei n.º 63/2016 da Assembleia da República, 2016). Nesse sentido, o recurso ao SPSS®, para análise dos dados obtidos, quer através dos registos informáticos, quer dos próprios questionários, revelou-se essencial para o desenvolvimento desta competência, sendo igualmente essencial para a obtenção do grau de mestre. Por último, o Decreto-Lei n.º 63/2016, evidencia que o mestre deve desenvolver competências que permitem uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo. Assim sendo, a participação em atividades extracurriculares, como a participação no “2.º Colóquio de Enfermagem de Reabilitação – NER”, bem como no “Colóquio: À Mesa com a Disfagia” foi essencial para aumentar e atualizar o conhecimento sobre esta temática. A participação, enquanto palestrante, no evento “Disfagia: Técnicas de prevenção para o risco de aspiração” desenvolvido no Hospital da Prelada em novembro de 2022, contribuiu não só para a sistematização deste conhecimento, como também para o desenvolvimento de competências de comunicação e de disseminação de conhecimento sobre a temática da disfagia.

A presente reflexão sumarizou um percurso de aprendizagens contínuas, experiências vivenciadas, um desenvolvimento constante do pensamento crítico e da praxis de enfermagem especializada alavancados na evidência científica.

## CONCLUSÃO

Este capítulo pretende ser um ponto de reflexão sobre os aspetos inerentes à realização deste relatório, que traduz a experiência vivida no contexto da prática, e que revela a aquisição de competências comuns específicas do EEER, assim como as de mestre. Nesse sentido, e tendo em consideração os objetivos inicialmente propostos, ir-se-ão evidenciar as principais conclusões inerentes aos resultados de todo este percurso de desenvolvimento.

É essencial que os futuros enfermeiros especialistas, no âmbito da prestação de cuidados de enfermagem especializada, compreendam as dinâmicas próprias da sua intervenção. Assim sendo, a realização do estágio facilita o processo de aprendizagem e de consolidação de conhecimentos (OE, 2021). Ainda de acordo com a OE (2021), o relatório final de estágio surge como um instrumento essencial na avaliação dos processos de aprendizagem e de aquisição e desenvolvimento de competências, uma vez que a sua elaboração contribui para uma reflexão crítica, objetiva e contextualizada de todo o trabalho realizado.

Relativamente aos contributos que poderiam ser trazidos para o local de estágio, o foco era a capacitação dos enfermeiros da UCC para realizarem uma avaliação precoce dos utentes com compromisso da deglutição, com o intuito de intervirem de forma atempada junto dos utentes e familiares cuidadores. Considera-se, portanto, que o objetivo deste percurso foi atingido, tendo em consideração as competências desenvolvidas durante o PMQ, e a forma como o próprio relatório foi organizado e redigido.

Neste percurso salientam-se os resultados obtidos após a realização da formação em serviço, no âmbito do conhecimento dos enfermeiros sobre a temática disfagia e sobre o instrumento de avaliação da deglutição Escala de GUSS. De facto, inicialmente constatou-se que apenas metade dos enfermeiros conhecia ou já tinha utilizado esta escala e verificou-se nos registos informáticos que dos utentes com deglutição comprometida, só um foi avaliado com recurso a um instrumento de avaliação. Este fato evidenciou a necessidade de se abordar e de se melhorar o conhecimento dos enfermeiros sobre o tema supracitado. A estratégia utilizada para colmatar esta necessidade foi a formação em serviço. Ao comparar os resultados obtidos no questionário preenchido, após a realização da formação em serviço, verificou-se um aumento do conhecimento por parte dos enfermeiros da UCC, o que demonstra que a estratégia delineada foi eficaz. Desta forma,

poderá dizer-se que o objetivo com o PMQ foi alcançado, uma vez que promoveu o aumento dos conhecimentos e o desenvolvimento profissional dos enfermeiros da UCC onde decorreu o estágio.

Com o avanço tecnológico e científico verificado ao nível mundial, alicerçado ao aumento exponencial do índice de envelhecimento e do aumento da longevidade, impõe um constante *upgrade* de conhecimentos elencados na evidência científica, de forma a responder às necessidades da população, que frequentemente estão sujeitas a mudanças repentinas na sua condição de saúde/doença. Deste modo, a atualização e a formação especializada em Enfermagem, permite a aquisição de competências e conhecimentos específicos que são fulcrais no desenvolvimento de respostas mais efetivas, adequadas e singulares aos problemas/limitações/ necessidades da pessoa.

Salienta-se que a limitação deste percurso, relaciona-se com o espaço de tempo em que decorre o estágio de opção, sendo diminuto face aos objetivos que se pretendia atingir. Embora se tenha implementado um PMQ, pretendia-se verificar se os enfermeiros efetivamente aplicaram a escala de GUSS, com mais regularidade e de forma precoce, assim como se estavam mais sensibilizados para capacitar o utente e os familiares cuidadores sobre esta temática contribuindo para a minimização de complicações e, ainda, se todas estas intervenções começaram a ser registadas nos aplicativos informáticos.

Assim, como sugestões para investigações futuras, propõe-se a realização de um estudo do tipo *follow-up*, para compreender se houve efetivamente alterações nas intervenções dos enfermeiros e se estas ajudaram na melhoria da prestação de cuidados. Além disso, torna-se fundamental que o EEER estabeleça um plano de intervenção de apoio aos utentes com compromisso da deglutição em contexto domiciliário, e que o partilhe e permita o envolvimento dos enfermeiros de cuidados gerais, pois só através da intervenção em equipa é que se podem atingir ganhos mais significativos para as pessoas e suas famílias.

Como já foi referido anteriormente, pretende-se divulgar os resultados obtidos neste processo de investigação, não só através da publicação de artigos, mas também na participação em conferências e congressos internacionais com pósteres e comunicações livres, com o intuito de enaltecer o trabalho desenvolvido pelo EEER.

Assim, poder-se-á afirmar que os momentos crítico-reflexivos deste percurso contribuíram para o desenvolvimento de competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria contínua da qualidade, da gestão dos cuidados e da

aprendizagem profissional, que serão imprescindíveis para uma prestação de cuidados de excelência enquanto futura EEER.

Em suma, destaca-se que embora este percurso vise o final de uma etapa extremamente produtiva, possibilitou um crescimento pessoal e profissional, tendo em consideração que há ainda um longo percurso a percorrer, uma vez que é urgente apostar num novo modelo assistencial de maior proximidade, reforçando o acesso aos cuidados de saúde comunitários e a presença no domicílio, ao mesmo tempo que se garantem meios e dignidade aos cuidados continuados. Desta forma, para que a prestação de cuidados seja de qualidade e segura, o EEER deverá estar em constante transformação e atualização, assim como deve colaborar com a restante equipa interdisciplinar no sentido de se prestarem cuidados ajustados às reais necessidades das pessoas e por isso mais significativos para as mesmas.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amaral, G., & Figueiredo, A. S. (2021). Developing preceptors' skills: Experts' view. *Revista de Enfermagem Referencia*, 5(5). <https://doi.org/10.12707/rv20036>
- American Speech Language Hearing Association. (2020). *Adult Dysphagia*. <https://www.asha.org/practice-portal/clinical-topics/adult-dysphagia/>
- Araújo, A., & Gouveia, L. B. (2018). *Relatório Interno TRS 2/2018: Pressupostos sobre a pesquisa científica e os testes piloto*. [https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/6509/1/RI\\_trs\\_02\\_2018.pdf](https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/6509/1/RI_trs_02_2018.pdf)
- Araújo, P., Soares Alexandre, Ribeiro Olga, & Martins, M. M. (2021). Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa adulta/idosa com compromisso de sistema nervoso. In *Enfermagem de reabilitação conceções e práticas* (Vol. 1, pp. 164–182). Lidel.
- Baijens, L. W. J., Clavé, P., Cras, P., Ekberg, O., Forster, A., Kolb, G. F., Leners, J. C., Masiero, S., Mateos-Nozal, J., Ortega, O., Smithard, D. G., Speyer, R., & Walshe, M. (2016). *European society for swallowing disorders - european union geriatric medicine society white paper: oropharyngeal dysphagia as a geriatric syndrome*. In *Clinical Interventions in Aging* (Vol. 11, pp. 1403–1428). Dove Medical Press Ltd. <https://doi.org/10.2147/CIA.S107750>
- Basílio, C. C. S. (2021). *A enfermagem de reabilitação na capacitação da pessoa idosa residente na comunidade com marcha comprometida* [Masther's thesis, Instituto Politécnico de Beja]. <https://repositorio.ipbeja.pt/handle/20.500.12207/5485>
- Braga, R. (2016a). Avaliação da função da deglutição. In *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 181–188). Lusodidacta.
- Braga, R. (2016b). Reeducação da deglutição in C. Marques. Vieira, & L. Sousa (Ed.), *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 263–270). Lusodidacta
- Branco, C., & Portinha, S. (2017). *Disfagia no adulto da teoria à prática* (Vol. 1). Papa-Letras.
- Cichero, J. A. Y., Lam, P., Steele, C. M., Hanson, B., Chen, J., Dantas, R. O., Duivestain, J., Kayashita, J., Lecko, C., Murray, J., Pillay, M., Riquelme, L., & Stanschus, S. (2017). Development of international terminology and definitions for texture-modified foods and thickened fluids used in dysphagia management: the iddsi

- framework. *Dysphagia*, 32(2), 293–314. <https://doi.org/10.1007/s00455-016-9758-y>
- Correia, F., & Magno, S. (2022). *Conhecimento dos enfermeiros sobre a referenciação para a Rede Nacional de Cuidados Integrados: uma realidade a nível hospitalar* [Master's thesis, Escola superior de Saúde de Viseu]. <https://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/7306>
- Costa, C. (2020). *Avaliação da Deglutição: Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação* [Instituto Politécnico de Viana do Castelo]. [http://repositorio.ipv.pt/bitstream/20.500.11960/2409/1/Carla\\_Costa.pdf](http://repositorio.ipv.pt/bitstream/20.500.11960/2409/1/Carla_Costa.pdf)
- Costa, C. L. (2020). *Disfagia no idoso institucionalizado: padronização das dietas*. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/129165/2/417979.pdf>
- Decreto lei nº 136/2015, da Assembleia da República, Diário da República: I.ª série, N.º 145 (28 de julho). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/136-2015-70196963>
- Decreto-lei 63/2016 da Assembleia da República, Diário da República: I série, n.º176 (13 setembro) 3159. <https://files.dre.pt/1s/2016/09/17600/0315903191.pdf>
- Decreto-Lei nº101/2006, Diário da República: I série - A, nº109 (6 de junho) 3856. <https://ucccb.pt/2014/04/o-decreto-lei-1012006-de-6-de-junho-criou-rede-nacional-de-cuidados-continuados-integrados-ambito-dos-ministerios-da-saude-e-trabalho-e-da-solidariedade-social>
- Despacho n.º 5613/2015, do Ministério da Saúde, Diário da República, II série, n.º 102 (27 maio, 2015). <https://files.dre.pt/2s/2015/05/102000000/1355013553.pdf>
- Feiteirona, José A. (2020). *Intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação no doente adulto/idoso com deglutição comprometida* [Master's thesis, Instituto Politécnico de Portalegre]. <http://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/33218>
- Ferreira, A. M. S., Pierdevara, L., Ventura, I. M., Gracias, A. M. B., Marques, J. M. F., & Reis, M. G. M. (2018). The gugging swallowing screen: A contribution to the cultural and linguistic validation for the portuguese context. *Revista de Enfermagem Referencia*, 4(16), pp.85–94. <https://doi.org/10.12707/RIV17090>
- Ferreira, B., Diz, A., Silva, P., Sousa, L., Pinho, L., Fonseca, C., & Lopes, M. (2022a). Bibliometric Analysis of the Informal Caregiver's Scientific Production. In *Journal of Personalized Medicine* 12 (1). MDPI. <https://doi.org/10.3390/jpm12010061>
- Ferreira, B., Diz, A., Silva, P., Sousa, L., Pinho, L., Fonseca, C., & Lopes, M. (2022b). Bibliometric Analysis of the Informal Caregiver's Scientific Production. In *Journal of Personalized Medicine* 12 (1). MDPI. <https://doi.org/10.3390/jpm12010061>

- French, B., Powell-Vinden, B., & Martino, R. (2016). *Management of Dysphagia in Stroke: An Educational Manual for the Dysphagia Screening Professional in the Long-Term Care Setting*. [www.swallowinglab.com](http://www.swallowinglab.com)
- Gobbi, M., & Kaunonen, M. (2018). *TUNING Guidelines and Reference Points for the Design and Delivery of Degree Programmes in Nursing Edition 2018*. University of Groningen. <https://www.calohee.eu>
- Hoeman, S. P. (2011). Alimentação e deglutição. In *Enfermagem de reabilitação prevenção, intervenção e resultados esperados* (4th ed, pp. 295–317). Lusodidacta.
- Instituto Nacional de Estatística (2020). *Projeções de População Residente 2018-2080*. [https://www.ine.pt/ngt\\_server/attachfileu.jsp?look\\_parentBoui=426127543&att\\_display=n&att\\_download=y](https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=426127543&att_display=n&att_download=y)
- Lazarus, C. L., Molfenter, S. M., & Lenell, C. (2019). Volumetric Changes to the Pharynx in Healthy Aging: Consequence for Pharyngeal Swallow Mechanics and Function. *Dysphagia (0179051X)*, 34(1), pp.129–137. <https://doi.org/10.1007/s00455-018-9924-5>
- Leão, R., Queirós, S., Gomes, I., Magalhães, D., Serdoura, S., Macedo, S., Pereira, F. (2022). *Disfagia, receitas adaptadas com cor e sabor* (Vol. 1). CHTS.
- Lei n.º 100/2019 da Assembleia da República, Diário da República: I série, n.º 171 (6 setembro). <https://files.dre.pt/1s/2019/09/17100/0000300016.pdf>
- Lei n.º 156/2015, Diário da República, I.ª série, N.º 181 (16 de setembro). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/156-2015-70309896>
- Logemann, J. A., & Larsen, K. (2012). Oropharyngeal dysphagia: pathophysiology and diagnosis for the anniversary issue of diseases of the esophagus. *Diseases of the Esophagus*, 25(4), pp.299–304. <https://doi.org/10.1111/j.1442-2050.2011.01210.x>
- Lopes, T. J. C. (2018). *A promoção do autocuidado na pessoa com AVC no regresso a casa: Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação* [Master's thesis, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/29482/1/Relat%c3%b3rio%20Est%c3%a1gio%20Tiago%20Lopes%20n%c2%ba7749-PDF.pdf>
- Machado, N. J. B. (2013). *Gestão da qualidade dos cuidados de enfermagem - Um modelo de melhoria contínua baseado na reflexão - ação* [Master's thesis, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa]. <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/14957/1/101271395.pdf>

- Madhavan, A., Shuman, N., Snyder, C., & Etter, N. (2021). Comparison of Self-Report of Dysphagia Using the Eating Assessment Tool and the Sydney Swallowing Questionnaire in Community Dwelling Older Adults. *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups*, 6(5), pp.1198–1204. [https://doi.org/10.1044/2021\\_PERSP-21-00101](https://doi.org/10.1044/2021_PERSP-21-00101)
- Matos, I. M. A. (2019). *Competências Especializadas - Segurança dos cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica: da urgência ao perioperatório* [Master's thesis Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny]. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/29346>
- Melgaard, D., Domingo, M. R., & Morch, M. M. (2018). The prevalence of oropharyngeal dysphagia in acute geriatric patients. *Geriatrics (Switzerland)*, 3(2). <https://doi.org/10.3390/geriatrics3020015>
- Ministério da Saúde. ACSS (2016). *Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI): 1º semestre de 2016*. <https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/07/RNCCI-Relatorio-Monitorizacao-Anual-2016.pdf>
- Minshall, S., & Pownall, S. (2019). Management of swallowing problems in community settings. In *British Journal of Community Nursing* 24 (7).
- Moreira, A., Neves, H., Lucas, N., Silva, R. A., & Galante, S. (2021). Programa para a reeducação da função alimentação. In *Enfermagem de reabilitação conceções e práticas* (1º ed, Vol. 1, pp. 550–563). Lidel.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2019). *Stroke and transient ischaemic attack in over 16s: diagnosis and initial management*. [www.nice.org.uk/guidance/ng128](http://www.nice.org.uk/guidance/ng128)
- Observatório português dos sistemas de saúde. (2022). *E agora? - Relatório de Primavera 2022*. <https://www.opssaude.pt/wp-content/uploads/2022/06/RELATORIOPRIMAVERA-2022.pdf>
- Oliveira, C., Couto, G., & Silva, R. P. (2021). Enfermagem de reabilitação nos cuidados de saúde primários. In O. Ribeiro (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação - Conceções e Práticas: Vol. 1º* (pp. 654–660). Lidel -Edições Técnicas.
- Oliveira, I. (2022a). *A pessoa com deglutição comprometida após o acidente vascular cerebral: da evidência à prática* [Doctoral dissertation, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar]. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/139866/2/532941.pdf>

- Oliveira, I. (2022b). *A pessoa com deglutição comprometida após o acidente vascular cerebral: da evidência à prática* [Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar]. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/139866/2/532941.pdf>
- Oliveira, I. de J., de Almeida, S. I. F., da Mota, L. A. N., & Couto, G. R. (2020). Conceptualization of nursing care to the person with post-stroke dysphagia. *Revista de Enfermagem Referencia*, 5(4), pp.1–7. <https://doi.org/10.12707/RV20024>
- Oliveira, I. J., Couto, G. R., Moreira, A., Gonçalves, C., Marques, M., & Ferreira, P. L. (2021). A versão portuguesa do gugging swallowing screen: resultados da sua aplicação. *Millenium*, 2(16), pp. 93–101. <https://doi.org/10.29352/mill0216.24585>
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Parecer N.º13/2011 Participação pela ADSE de cuidados de enfermagem de reabilitação*. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/MCEER\\_Parecer\\_13\\_2011\\_ReembolsoADSE\\_por\\_atividade\\_provada\\_de\\_Reabilitacao\\_ao\\_domicilio.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/MCEER_Parecer_13_2011_ReembolsoADSE_por_atividade_provada_de_Reabilitacao_ao_domicilio.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros (2012). *Parecer n.º.19/2012 Orientação de Estudantes de Enfermagem em Ensino Clínico no Curso de Licenciatura em Enfermagem*. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer19\\_CE.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer19_CE.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](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros (2017). Parecer N.º 10 / 2017. In *Parecer n.º 10/2017*. Ordem dos Enfermeiros. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer\\_10\\_2017\\_MCEEMC\\_DiferenciacaoIntervencoesEnfermagemServicoUrgencia.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer_10_2017_MCEEMC_DiferenciacaoIntervencoesEnfermagemServicoUrgencia.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros (2019). *Classificação internacional para a prática de enfermagem*. Lusodidacta.
- Ordem dos Enfermeiros (2021). *Recomendações para o estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista*. Ordem dos Enfermeiros. [81](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24294/recomenda%C3%A7%C3%B5es-</a></p></div><div data-bbox=)

- para-est%C3%A1gio-e-relat%C3%B3rio-da-componente-cl%C3%ADnica-dos-ciclos-de-estudos-dos-mestrados-enf-especialista.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2022). Parecer nº01-2022. Cuidados prestados a mulher na prevenção e reabilitação do pavimento pélvico, no Pré/pós-parto. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/25865/parecerplusn%C2%BAplus1-2022\\_mceerplusmceesmo\\_cuidadosplusprestadosplusaplusmul.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/25865/parecerplusn%C2%BAplus1-2022_mceerplusmceesmo_cuidadosplusprestadosplusaplusmul.pdf).
- Orientação Técnica Nº1/CNCRNCCI/2017, Cuidados Continuados, Saúde e Apoio Social (2017). <https://ucccb.pt/wp-content/uploads/2017/02/Orienta%C3%A7%C3%A3o-T%C3%A9cnica-N%C2%BA2-da-CNCRNCC-de-27-fev-de-2017.pdf>
- Ornellas, T., & Monteiro, M. (2023). Lifelong learning entre profissionais de enfermagem: Desafios contemporâneos. *Revista de Enfermagem Referência*, 6 (2). <https://doi.org/10.12707/rvi22055>
- Pacheco-Castilho, A. C., de Martini Vanin, G., Reichardt, B., Miranda, R. P. C., Norberto, A. M. Q., Braga, M. C., Bueno, T. B. C., Weber, K. T., Santos, T. E. G., Leite, J. P., Dantas, R. O., Pontes-Neto, O. M., & Martino, R. (2021). Translation and Validation of the TOR-BSST© into Brazilian Portuguese for Adults with Stroke. *Dysphagia*, 36(4), pp. 533–540. <https://doi.org/10.1007/s00455-020-10167-2>
- Patrícia, L., & Nunes Lisboa, S. (2020). *Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Pessoa com Alteração da Deglutição*. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Petronilho, F. A. S., Pereira, F. M. S., & Silva, A. A. P. (2017). Evolução e destino das pessoas dependentes no autocuidado: estudo longitudinal. *Revista Investigação Em Enfermagem*, 18(2), pp. 32–42. [https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/63436/1/Evolu%C3%A7%C3%A3o%20e%20destino%20das%20pessoas%20dependentes%20no%20autocuidado\\_estudo%20longitudinal\\_RIE%20n%C2%BA18\\_fev%202017%20%282%29.pdf](https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/63436/1/Evolu%C3%A7%C3%A3o%20e%20destino%20das%20pessoas%20dependentes%20no%20autocuidado_estudo%20longitudinal_RIE%20n%C2%BA18_fev%202017%20%282%29.pdf)
- Rech, R. S., De Goulart, B. N. G., Baumgarten, A., & Hilgert, J. B. (2018). Deglutição no envelhecimento e a odontologia. *Revista Da Faculdade de Odontologia - UPF*, 23(1). <https://doi.org/10.5335/rfo.v23i1.8508>
- Regulamento n.º 392/2019 da Ordem dos Enfermeiros, Diário da República: II série, n.º 85 (3 maio). <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/11871/1356513568.pdf>
- Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros, Diário da República: II série, n.º 26 (6 fevereiro). <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

- RNCCI. (2007). *A equipa de cuidados continuados: Orientações para a sua constituição nos centros de saúde Lisboa*. <https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/05/Orienta%C3%A7%C3%B5es-para-a-constitui%C3%A7%C3%A3o-de-equipa-de-Cuidados-Continuados-Integrados-2007.pdf>
- Royal College of Speech and Language Therapists. (2021). *Rcslt resource manual for commissioning and planning services for slcn dysphagia*. <https://www.rcslt.org/wp-content/uploads/media/Project/RCSLT/dysphagia-manual-072014.pdf>
- Royal College of Speech and Language Therapists. (2022, September 30). *Dysphagia - a difficult diagnosis to swallow*. RCSLT. <https://www.rcslt.org/news/dysphagia-a-difficult-diagnosis-to-swallow/>
- Ruivo, M. A., Ferrito, C., & Nunes, L. (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. *Revista Percursos*, 15. [https://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista\\_Percursos\\_15.pdf](https://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf)
- Santos, A. (2022). *O papel do enfermeiro de reabilitação na capacitação do cuidador informal do idoso dependente por AVC no domicílio* [Master's Thesis, Instituto Politécnico de Viana do Castelo]. [http://repositorio.ipv.pt/bitstream/20.500.11960/2807/1/Ana\\_Santos.pdf](http://repositorio.ipv.pt/bitstream/20.500.11960/2807/1/Ana_Santos.pdf)
- Santos, R., Ferro, A. P., Lopes, C. S., Rocha, C., & Morais, S. A. (2022). *Desafios da Referenciação para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados: A Experiência num Hospital*. 29(2), pp.95–102. <https://doi.org/10.24950/rspmi.213>
- Silva, A. (2019). *Papel do cuidador informal na pessoa com disfagia* [Master's thesis, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. <http://comum,rcaap.pt/handle/10400.26/28237>
- Skarbinski, K., F. & Glennon, E. (2020). *Dysphagia: A review*. *Nurse Pract*, 45(7):9-16. doi: 10.1097/01.NPR.0000669120.41930.5e.
- Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (2020). *Guía de disfagia: manejo de la disfagia en AP*. <https://semergen.es/files/docs/grupos/digestivo/manejo-disfagia-ap.pdf>
- Starmer, H. M., Dewan, K., Kamal, A., Khan, A., Maclean, J., & Randall, D. R. (2020). Building an integrated multidisciplinary swallowing disorder clinic: considerations, challenges, and opportunities. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1481(1), pp.11–19. <https://doi.org/10.1111/nyas.14435>

- Teixeira, L., Carvalho, A. L., Barroso, C. (2019). Diagnóstico de Situação – Capítulo II / Etapa 1, pp.21 – 27. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/31967/1/SafeCare-EBook20-27.pdf>
- Terré, R. (2020). *Disfagia orofaríngea en el ictus: aspectos diagnósticos y terapéuticos*. 70(12), pp.444–452.
- Triggs, J., & Pandolfino, J. (2019). Recent advances in dysphagia management [version 1; peer review: 3 approved]. In *F1000Research* (Vol. 8). <https://doi.org/10.12688/f1000research.18900.1>
- Unidade de Gestão e Acompanhamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. (2023). *Guia Prático - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. 4(24), pp.1–23. [www.seg-social.pt](http://www.seg-social.pt),
- World Gastroenterology Organisation. (2014). *Disfagia: directrizes e cascatas mundiais*. <https://www.worldgastroenterology.org/UserFiles/file/guidelines/dysphagia-portuguese-2014.pdf>

## **ANEXOS**

ANEXO I – PARECER DO ACES

Projeto / Estudo n.º 111 / 2023

Data de Encryção: 10/08/2023

### PARECER CONSELHO CLÍNICO E DE SAÚDE

Favorável

Não Favorável

Face ao exposto e tendo em conta a relevância de que se reveste o estudo e intervenção proposta sobre a "Prevalência da disfagia nos utentes da ECCI [REDACTED]", considera o Conselho Clínico e de Saúde de autorizar após o envio pelo investigador, do parecer favorável da Comissão de Ética e de Saúde da ARSN. I.P.. No final a investigação deverá ser entregue ao ACeS um exemplar do relatório final do estudo realizado.

Em caso de concordância propõe-se dar conhecimento do presente ao investigador requerente Enf. Rui Silva – [rpsilva@arsnorte.mt-saude.pt](mailto:rpsilva@arsnorte.mt-saude.pt)

Data: 10 de Agosto de 2023

Assinaturas:

Pº Conselho Clínico e de Saúde

(Luís Figueiredo, Dr.)

(Paula Mouta, Dra.)

DIRETOR EXECUTIVO

AC [REDACTED]

[REDACTED] Grande Porto III

(Júlio Nunes, Dr.)

Dr. Júlio Nunes  
Diretor Executivo



Projeto / Estudo n.º 13 / 2023

Data de Receção: 10/08/2023

## PROJECTO DE INVESTIGAÇÃO

### Identificação do(s) investigador(es) do estudo

Nome Completo: (1) Rui Pedro Marques da Silva | (2) Luciana Sofia Ascensão Salvador

Contacto telefónico: (1) 927994035

E-Mail: (1) rpmsilva@arsnorte.min-saude.pt

Qualificação Académica: (1) Mestrado em Enfermagem de Reabilitação | (2) Mestranda em Enfermagem de Reabilitação

Funções que desempenha: (1) Enfermeiro de Reabilitação na UCC Vallis Longus, Responsável pela ECCI Valongo | (2) Estudante de Enfermagem de Reabilitação a realizar estágio na UCC Vallis Longus  
Instituição:

Designação do Estudo: Prevalência da disfagia nos utentes da ECCI

Área científica em que se enquadra o estudo: Enfermagem de Reabilitação

Vigência do Estudo (Data de princípio e de fim): 07/11/2022 a 16/12/2022

Tipo de análise (quantitativa, qualitativa): Quantitativa

Palavras – chave: Disfagia, ECCI, Enfermagem de Reabilitação

Co-Investigador(es) (quando aplicável)

Nome(s) Completo(s):

OUTROS PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS (Exemplo: Orientador)

Nome(s) completo(s):

Instituição:

#### OUTRAS INFORMAÇÕES SOBRE ESTUDO

**Objetivo Geral:** Averiguar a prevalência de disfagia nos utentes da ECC [REDACTED] durante o ano de 2022, bem como o método de obtenção do diagnóstico de disfagia.

**Metodologia:** Estudo exploratório retrospectivo

**População alvo:** Utesntes da ECC [REDACTED] durante o ano de 2022

**Crítérios de inclusão:** Uteute com pelo menos um dia de internamento na ECC [REDACTED] no ano de 2022

**Método de recolha dados (anexar instrumento recolha):** consulta de informação clínica presente no GestCare

**Método de recolha dados (anexar instrumento recolha):** consulta de informação clínica presente no SI - RNCCI.

Os dados a que o estudo se refere são produzidos durante a prestação de cuidados pelos enfermeiros da ECC [REDACTED] fazendo já parte dos registos inerentes a essa mesma prestação de cuidados. Desta forma, o estudo pretende reunir esses dados e trabalhá-los estatisticamente de forma a perceber para o ano de 2022 e na ECC [REDACTED]

- a prevalência de disfagia nos utentes internados;  
- qual a metodologia utilizada para identificar a disfagia nos utentes com esse diagnóstico, sendo utilizadas as seguintes categorias: (a) videofluoroscopia, (b) teste de Guss, VSST ou similar e (c) sem método identificável

Com os resultados do estudo será possível percecionar a dimensão epidemiológica da disfagia no contexto da ECC e aferir se são adequados os recursos existentes para lidar com o problema em questão.

Para salvaguardar as questões de confidencialidade e proteção de dados, a recolha de dados será organizada primeiramente numa base de dados recorrendo ao Microsoft Excel®, em que cada número operacional de utente corresponderá a um número de 1 an (código de participante). O respetivo código de participante será utilizado posteriormente para colheita e registo de toda a informação pretendida. A base de dados será guardada nos computadores dos investigadores, em pasta protegida por palavra passe.

#### **Descrição de que consiste em a colaboração do ACeS:**

A participação do ACeS consiste na autorização para utilização dos dados em questão (presença/ausência de diagnóstico de disfagia e respetivo método de aferição dessa condição clínica) na realização do estudo proposto.

Parecer da Comissão de Ética:

### Termo de Responsabilidade

Declaro assumir a liderança científica do projeto / estudo e as responsabilidades decorrentes da sua boa execução, bem como a dar feedback do estudo em causa e suas conclusões ao ACE: [REDACTED]

Data: 10/08/2023

Assinatura:

**Rui Pedro  
Marques da  
Silva**

Assinado de forma digital  
por Rui Pedro Marques da  
Silva  
Dados: 2023.08.10  
12:23:55 +01'00'

Ano de alta da ECI	Código de internar em	Idioma	Idade	Diagnóstico de disfagia?	Se sim, qual o método de diagnóstico?

**Lista Método**

- Visuali endoscópica
- Teste de Guss ou simi
- Sem método científico

**Lista diagnóstico disfagia**

- Sim
- Não

ANEXO II – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO EM SERVIÇO

### Acção de Formação em Contexto de Trabalho

Tema: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Horário: \_\_\_\_\_

Tempo de Duração: \_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_

Formadores: \_\_\_\_\_

### Questionário de avaliação da formação

A sua opinião sobre a acção de formação que acabou de frequentar é muito importante. Por favor, preencha o questionário que se segue, assinalando com X na célula que corresponde à resposta que pretende dar.

#### 1. Competência técnica e pedagógica dos formadores

Formador:	Pouco Satisfatório	Satisfatório	Bom	Muito Bom
Meios técnico-pedagógicos				
Capacidade de comunicação e clareza				
Nível geral de conhecimentos transmitidos				
Qualidade da documentação (conteúdo, interesse e apresentação)				

Formador:	Pouco Satisfatório	Satisfatório	Bom	Muito Bom
Pedagogia adoptada				
Capacidade de comunicação e clareza				
Nível geral de conhecimentos transmitidos				
Qualidade da documentação (conteúdo, interesse e apresentação)				

#### 2. Conteúdo programático

Conteúdo programático	Pouco Satisfatório	Satisfatório	Bom	Muito Bom
Tratado com a profundidade adequada				
Com interesse para o seu desempenho				
Interesse pessoal				
Adequado para futura replicação				

2.1. Qual a matéria que mais o interessou?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2.2. Qual a matéria que menos o interessou?

---

2.3. Que outros temas gostaria de ter visto abordados?

---

### 3. Aspectos organizativos e logísticos

Aspectos organizativos e logísticos	Pouco Satisfatório	Satisfatório	Bom	Muito Bom
Recepção e apoio				
Qualidade das instalações				
Equipamento				
Suportes pedagógicos				
Horário				

### 4. Motivação / participação dos(as) formandos(as)

Motivação / participação dos(as) formandos(as)	Pouco Satisfatório	Satisfatório	Bom	Muito Bom
A qualidade das intervenções dos participantes				
Nível de envolvimento dos participantes				
A qualidade das trocas de informação e de experiências profissionais				

### 5. Apreciação global

Apreciação global	Pouco Satisfatório	Satisfatório	Bom	Muito Bom
Duração da ação				
As suas expectativas foram satisfeitas?				
Em termos globais, como classificaria esta ação de formação?				

### 6. Que sugestões daria para melhorar a ação de formação?

---

---

---

---

---

---

---

Obrigada pela sua colaboração.

## **APÊNDICES**

APÊNDICE I – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTO SOBRE A  
DISFAGIA

## Questionário

“Alteração da deglutição: Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Comunidade”

O seguinte questionário integra-se no projeto de investigação “Alteração da deglutição: Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Comunidade”, que se insere no âmbito do II Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, na Escola Superior de Saúde Santa Maria em consórcio com a Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny e a Escola Superior de Enfermagem Cruz Vermelha – Alto Tâmega. O projeto está a ser realizado pela mestrandia Luciana Sofia Ascensão Salvador, com a supervisão do tutor EEER Rui Silva e sob orientação da Professora Doutora Inês Rocha e Tânia Rodrigues.

Este questionário é composto por duas partes: na primeira, pretende-se efetuar uma caracterização sociodemográfica da população em estudo; na segunda, pretende-se avaliar o conhecimento da população em estudo sobre disfagia.

Os dados obtidos serão relevantes para a realização e pertinência da formação em serviço sobre a temática: Alterações da deglutição.

Para a validade e utilidade das respostas é importante que responda a todas as questões.

De forma a assegurar o anonimato das respostas, não deverá escrever em nenhum local do questionário o seu nome ou algo que o poderá identificar.

Garantimos o cumprimento de todos os princípios éticos associados ao estudo.

A sua participação é muito importante para a realização deste estudo, pelo que agradeço a sua colaboração e o tempo despendido.

Qualquer dúvida ou questão não hesite em contactar, estarei disponível para eventual esclarecimento.

([20130045@santamariasaude.edu.pt](mailto:20130045@santamariasaude.edu.pt)- 916073985)

### Regras de preenchimento

1. Por favor, preencha o quadrado com uma cruz, com esferográfica azul ou preta.
2. Para retificar, coloque uma cruz com parenteses na (s) opção (ões) errada (s) e preencha a correta como se encontra explanado no ponto 1.

## I-CARACTERIZAÇÃO

Género: Feminino  Masculino

Idade:

Tempo de exercício profissional:   (anos completos)

## II- TÍTULO PROFISSIONAL

- Enfermeiro
- Enfermeiro Especialista
- Enfermeiro Chefe
- Outro  Especifique, por favor \_\_\_\_\_

## III- HABILITAÇÕES ACADÉMICAS (pode assinalar mais que uma opção)

- Bacharelato
- Licenciatura
- Pós-Graduação  Especifique, por favor \_\_\_\_\_
- Especialidade  Especifique, por favor \_\_\_\_\_
- Mestrado  Especifique, por favor \_\_\_\_\_
- Doutoramento  Especifique, por favor \_\_\_\_\_

## PARTE II- QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTO SOBRE DISFAGIA

1. A que grupo (s) se destina o rastreio da disfagia? (assinale a (s) opção (ões) corretas)

- Idosos
- Doentes com patologia do foro neurológica, neuro degenerativas e respiratórias
- Doentes com tumores de cabeça e pescoço

- Doentes com patologias do foro psiquiátrico
- Doentes com idade <60anos

2. Conhece ou já alguma vez utilizou a Escala de GUSS? (Se respondeu **SIM** avance para as seguintes questões, se respondeu **NÃO** avance para a questão 5)

- Sim
- Não

3. Relativamente à avaliação direta da deglutição a Escala de GUSS. Os critérios de avaliação são (pode seleccionar mais do que um):

- Deglutição;
- Estado de vigília;
- Tosse involuntária;
- Sialorreia;
- Deglutição seletiva;
- Alteração da qualidade da voz;
- Mastigação descoordenada;

4. Relativamente à avaliação indireta da deglutição da Escala de GUSS. Os critérios de avaliação são (pode seleccionar mais do que um):

- Estado de vigília;
- Tosse voluntária/limpeza faríngea;
- Deglutição seletiva;
- Perda de apetite;
- Sialorreia;
- Alteração da qualidade da voz;
- Falta de dentição;

5. Dos sinais de alerta abaixo descritos, identifique os que estão presentes em doentes com disfagia (pode seleccionar mais do que um):

- Alteração do estado de consciência;
- Infecções respiratórias frequentes;
- Mastigação e deglutição descoordenada;
- Regurgitação nasal ou oral dos alimentos/líquidos;

- Xerostomia;
- Tossir durante ou após a ingestão de alimentos ou líquidos, mesmo alguns minutos após;
- Acumulação de resíduos alimentares;
- Aumento do apetite;
- Dificuldade em gerir secreções orais ou sialorreia.

6. Relativamente aos ensinamentos ao prestador de cuidados do doente com disfagia, refira quais as estratégias facilitadoras da deglutição (pode selecionar mais do que um):

- Posicionamento;
- Adaptação da consistência alimentar;
- Direcionar a colher de baixo para cima, de modo a promover a extensão do pescoço;
- Equipamentos adaptativos (ex: colher metálica, copo recortado);
- Prótese dentária bem adaptada;
- Impedir a alimentação por mão própria;
- Higiene oral;
- Espessante;

7. Gostaria de receber formação adicional sobre a disfagia?

- Sim
- Não

APÊNDICE II – DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

## DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Considerando as recomendações da "Declaração de Helsínquia" 1964; (Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996 e Edimburgo 2000)

Designação do Estudo

"Alteração da Deglutição: Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Comunidade"

O atual estudo de investigação insere-se no âmbito do II Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, na Escola Superior de Saúde Santa Maria em consórcio com a Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny e Escola Superior de Enfermagem Cruz Vermelha – Alto Tâmega, sob orientação das Professoras Doutoras Inês Rocha e Tânia Rodrigues e realizado por Luciana Sofia Ascensão Salvador. Tem como questão de partida quais as práticas de intervenção de enfermagem, na avaliação da deglutição, numa Unidade de Cuidados na Comunidade. Este estudo permitirá uniformizar as práticas de enfermagem na avaliação da deglutição, contribuindo para uma diminuição das complicações associadas à disfagia.

Eu, \_\_\_\_\_, tomei conhecimento sobre a finalidade, objetivos e métodos do estudo, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia. Fui esclarecido(a) acerca de todos os aspetos que considero importantes e obtive respostas relativamente às questões que coloquei. Compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que serei incluído. Além disso, foi informado(a) sobre o respeito pelo princípio do anonimato e do compromisso da confidencialidade, assim como do direito de recusar, sem qualquer tipo de consequências. Assim, declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas. Desta forma, consinto participar no presente estudo, e que me seja aplicado o método proposto pela investigadora. Permito a utilização dos dados, confiando que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo investigador.

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2022

O investigador responsável: \_\_\_\_\_

APÊNDICE III – FORMAÇÃO EM SERVIÇO “ALTERAÇÃO DA DEGLUTIÇÃO”



# Alteração da deglutição



## Equipa de Orientação:

Professora Doutora Inês Rocha

Professora Doutora Tânia Rodrigues

Mestre e EEER Rui Pedro Silva

## Autor:

Luciana Sofia Ascensão Salvador

20130045@santamariasaude.edu.pt

22 de março de 2023

## Alteração da deglutição

### Objetivo:

- Atualizar conhecimentos sobre a disfagia, avaliação da Escala de GUSS e intervenções para prevenção de complicações.

2

## Sumário:

1. Recolha e tratamento de dados - ECCI;
2. Deglutição: conceito, estruturas envolvidas e fases;
3. Disfagia: conceito, causas, consequências;
4. Disfagia Orofaringea e Esofágica e respetivas características;
5. Conceito de Presbifagia;
6. Sinais de alerta de disfagia e de aspiração;
7. Estratégias facilitadores da deglutição;
8. Escala de GUSS (Gugging Swallowing Screen);
9. Fluxograma de rastreio da disfagia, população a que se destina e quais os objetivos;
10. Intervenções terapêuticas à pessoa com alteração da deglutição;
11. Exercícios neuromusculares para a pessoa com alteração da deglutição;
12. A disfagia e a família (principais dificuldades sentidas pelos familiares);
13. Capacitar a pessoa e o cuidador informal
14. Apresentação do alimento e controlo do ambiente;
15. Hidratação com sabor e segurança;
16. Intervenções de Enfermagem à pessoa com alteração da deglutição - Registo Informático



3

## 1. Recolha e tratamento de dados - ECCI

Dados recolhidos:

- 1 de janeiro de 2022 a 16 de dezembro de 2022



Género	Frequência	Percentagem
Feminino	31	53,4%
Masculino	27	46,6%
Total	58	100,0%

4

## 1. Recolha e tratamento de dados - ECCI



### Diagnósticos

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Sistema Respiratório	5	8,6	8,6	8,6
→ Sistema Neurológico	31	53,4	53,4	62,1
Sistema Músculo-Esquelético	10	17,2	17,2	79,3
Sistema Cardíaco	5	8,6	8,6	87,9
Sistema Urinário	2	3,4	3,4	91,4
Sistema Digestivo	1	1,7	1,7	93,1
Anomalias Congénitas	2	3,4	3,4	96,6
Neoplasias	2	3,4	3,4	100,0
Total	58	100,0	100,0	

5

## 1. Recolha e tratamento de dados - ECCI



### Antecedentes

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Sistema Respiratório	10	17,2	17,2	17,2
Sistema Respiratório - Infecção SARS COV2	2	3,4	3,4	20,7
Sistema Cardíaco	3	5,2	5,2	25,9
→ Sistema Neurológico	25	43,1	43,1	69,0
Sistema Músculo-Esquelético	5	8,6	8,6	77,6
Sistema Urinário	7	12,1	12,1	89,7
Neoplasias	3	5,2	5,2	94,8
Alterações Cutâneas	3	5,2	5,2	100,0
Total	58	100,0	100,0	

6

# 1. Recolha e tratamento de dados - ECCI

**Avaliação\_da\_Deglutição**

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Sem Alteração	34	58,6	58,6	58,6
Com Alteração e com utilização de instrumento de avaliação	1	1,7	1,7	60,3
Com Alteração e sem utilização de instrumento de avaliação	23	39,7	39,7	100,0
Total	58	100,0	100,0	

**Alimentação\_Entérica**

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Não	54	93,1	93,1	93,1
Sim, com SNG	2	3,4	3,4	96,6
Sim, com PEG	2	3,4	3,4	100,0
Total	58	100,0	100,0	

7

## 2. Deglutição

### Definição



Segundo a CIPE (browser 2019) deglutir é *“Comer ou beber: passagem dos líquidos e dos alimentos fragmentados, pelo movimento da língua e dos músculos, da boca para o estômago através da orofaringe e esôfago”*.



(CIPE, 2019)

8

## 2. Deglutição

### Estruturas envolvidas na deglutição e respetivo funcionamento

#### **OSSOS, CARTILAGENS**

(dentes, mandíbulas, vértebras cervicais, osso hioide, esfenóide)

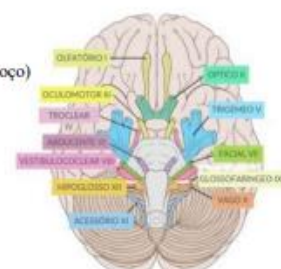
#### **MÚSCULOS**

(30 grupos musculares - constritores faríngeos, palato mole, língua, epiglote, esôfago, músculos do pescoço)

#### **NERVOS SENSITIVOS E MOTORES**

(6 pares cranianos: trigêmeo, facial, vago, glossofaríngeo, hipoglosso, vestibuloclear, acessório...)

#### **TRONCO E CÓRTEX CEREBRAL**



(French, Powell-Viden, & Martino, 2016)

## 2. Deglutição

### Fases da deglutição

É um processo complexo e contínuo.

A deglutição é um processo vital que fisiologicamente se divide em 4 fases:



**1** Oral preparatória (voluntária)

**3** Faríngea (involuntária reflexa)

**2** Oral propulsiva (voluntária)

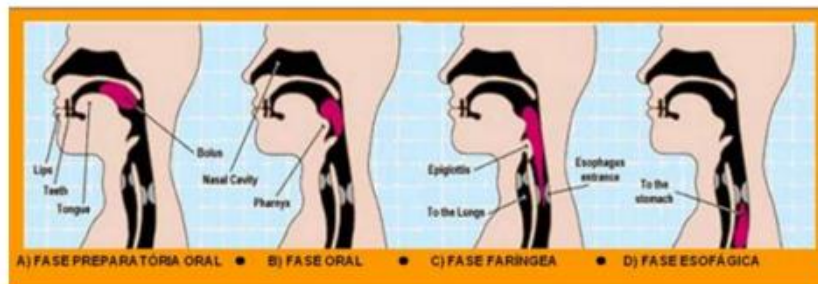
**4** Esofágica (involuntária)

(French, Powell-Viden, & Martino, 2016)

10

## 2. Deglutição

### Fases da deglutição



<https://www.youtube.com/watch?v=HUAGCimpR00&authuser=0>

(Alila Medical Media, 2016)

11

## 2. Deglutição

### A alteração de uma fase vai comprometer a seguinte...

➤ A deglutição é um **processo clinicamente complexo**. A interferência em qualquer uma das suas fases, independentemente da sua natureza, pode resultar em alterações que resultam em **DISFAGIA**.



(French, Powell-Viden, & Martino, 2016)

12

### 3. Disfagia

#### Definição

- É um distúrbio da deglutição, com sinais e sintomas específicos que se caracterizam por alterações em qualquer etapa e/ou entre as etapas da dinâmica da deglutição, podendo ser congénita ou adquirida, após comprometimento neurológico, mecânico ou psicogénico, e trazer prejuízos aos aspetos nutricionais, de hidratação, no estado pulmonar, satisfação alimentar e social da pessoa.



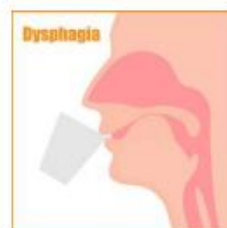
(National Collaborating Centre for Chronic Conditions, 2019)

13

### 3. Disfagia

#### Afeta:

- 95% das pessoas com doença do neurónio motor;
- 68% das pessoas institucionalizadas com demência;
- 65% das pessoas pós-AVC;
- 50% das pessoas com Parkinson;
- 33% das pessoas com Esclerose Múltipla;
- 50 a 60% de pessoas com cancro de cabeça e pescoço.



(Royal College of Speech & Language Therapists, 2022) 14

### 3. Disfagia

#### Complicações



(Al-Khaled et al., 2016; Atrill et al.2018; Rofes et al., 2018) 15

## 2. Disfagia

### Complicações



**Aspiração** - “Processo do sistema respiratório comprometido: inalação de substâncias gástricas ou externas para a traqueia ou pulmões” (CIPE, browser 2019)

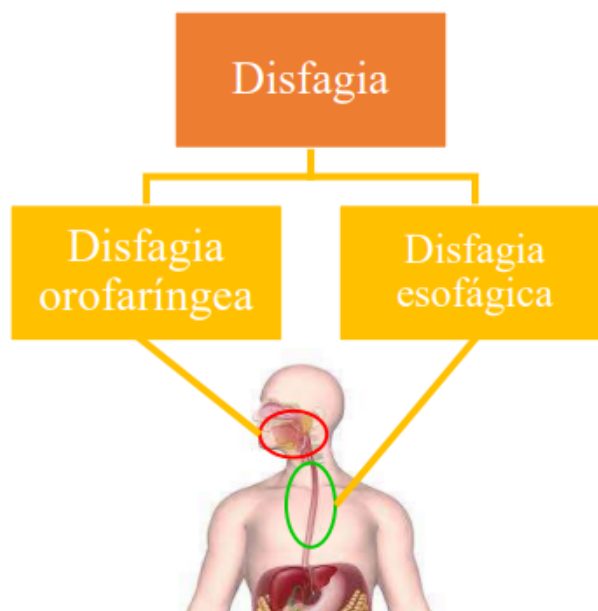
**Mais de metade dos utentes que aspiram, fazem-no de forma silenciosa** (22 a 52% dos utentes disfágicos aspiram).

Na aspiração silenciosa existe a passagem de substâncias para o nível abaixo das cordas vocais, sem que seja desencadeado o reflexo de tosse ou qualquer outro sinal de aspiração.

(Minshall & Pownall, 2019)

16

## 4. Disfagia



(Costa, 2020)

17

## 4. Disfagia orofaríngea

As fases da deglutição afetadas correspondem às fases preparatória, oral e faríngea, sendo por isso denominada como disfagia orofaríngea.

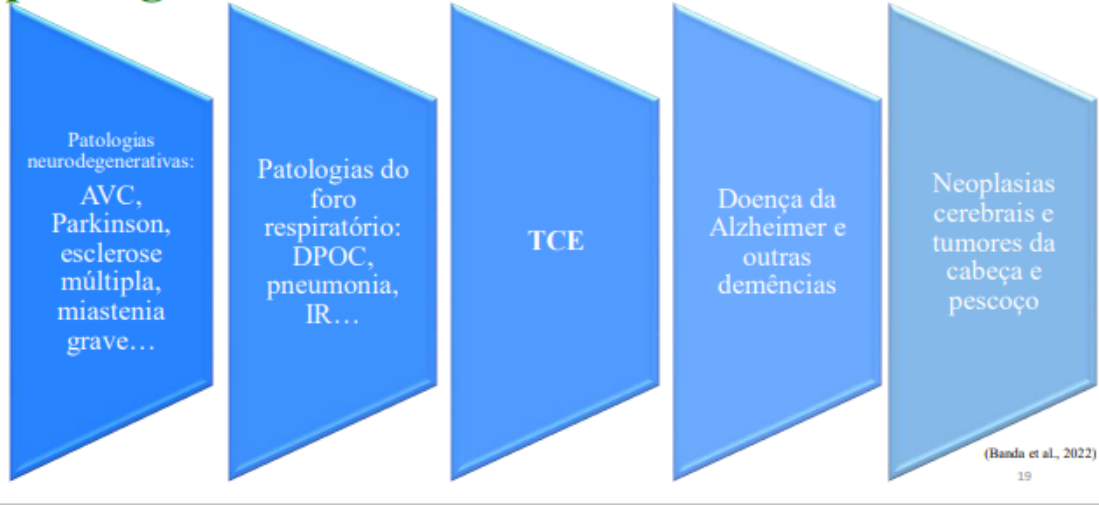
**O AVC é a principal causa de disfagia orofaríngea!**

- Além das alterações neuromusculares, a disfagia pode também acontecer quando o **nível de consciência está diminuído** (ex.: fases agudas do AVC, edema cerebral, estados confusionais...).

(Oliveira et al., 2021)

18

## 4. A disfagia orofaríngea é frequente em várias patologias:



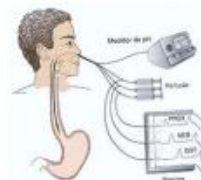
## 4. Disfagia esofágica



## 4. Disfagia esofágica - diagnóstico

### Meios complementares de diagnóstico e terapêutica:

- Endoscopia digestiva alta (biópsia);
- Trânsito esofágico (com papa baritada);
- Manometria esofágica;
- Cintigrafia esofágica;
- Ecografia esofágica.



(Terre, 2020)

## 5. Presbifagia



- As modificações que ocorrem no processo natural do envelhecimento do ser humano atingem também, algumas vezes de forma pouco consciente, a função da deglutição. Essas mudanças levam a uma adaptação do mecanismo da deglutição para que a pessoa mantenha a sua alimentação de forma segura por via oral.

Modificação da função da deglutição devido à degeneração fisiológica no mecanismo da deglutição pelo envelhecimento sadio das fibras nervosas e musculares.

(Branco & Portinha, 2017)

22

## 6. Disfagia

### Sinais de alerta de disfagia



- Dificuldade em gerir secreções orais ou sialorreia;
- Ausência ou fraqueza de uma tosse voluntária ou engolir;
- Alterações na qualidade da voz/ tom (rouquidão, voz húmida, crepitante ou fraca);
- Diminuição da sensação e percepção do alimento na cavidade oral;
- “Pigarro” frequente;
- Acumulação de resíduos alimentares na cavidade oral;
- Regurgitação oral ou nasal de alimentos/ líquidos;
- Deglutições múltiplas.

(Groher & Cary, 2016)

23

## 6. Disfagia

### Reconhecer sinais clínicos de aspiração

- |   |  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Tosse;</li><li>➤ Dificil gestão da saliva na cavidade oral;</li><li>➤ Mudanças na qualidade da voz (voz nasalada, “molhada”);</li><li>➤ Tentativa de “limpar” a garganta, engasgamento;</li><li>➤ Alteração do padrão e som respiratório;</li><li>➤ Rubor facial;</li><li>➤ Odínofagia;</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Sensação de “nó” na garganta;</li><li>➤ Movimentos excessivos da língua;</li><li>➤ Mastigação descoordenada;</li><li>➤ Resíduos alimentares na cavidade oral após deglutição;</li><li>➤ Infecções respiratórias recorrentes;</li><li>➤ Aumento das secreções;</li><li>➤ Perda de peso inexplicável;</li><li>➤ Alteração do padrão alimentar;</li><li>➤ Apetite reduzido.</li></ul> |
|---|--|

(Braga, 2016) 24

## 7. Estratégias facilitadoras da deglutição

- Posicionamento Adequado;
- Adaptação da consistência alimentar;
- Espessante nos líquidos;
- Higiene oral meticulosa/ manter a mucosa húmida;
- Prótese dentária bem adaptada;

### Higiene oral:

- Estimulação do apetite;
- Diminuição de risco de aspiração



(Araújo et al, 2021)

25

## 7. Estratégias facilitadoras da deglutição

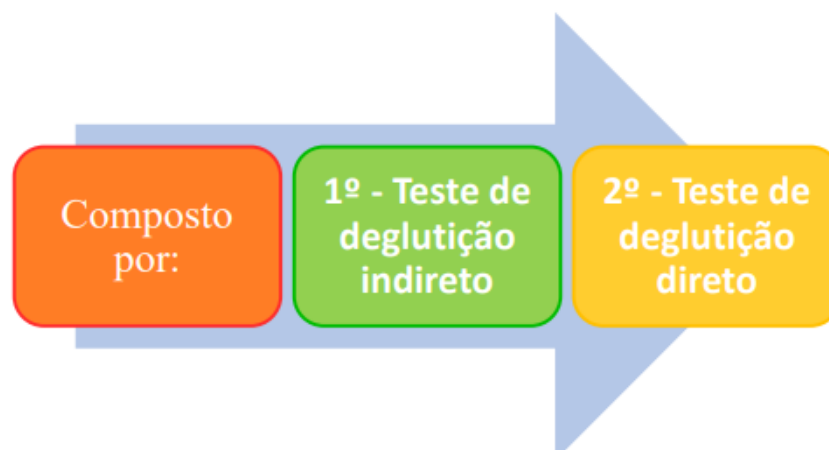
- Equipamento adaptativo: colher metálica/ copo/copo recortado;
- Supervisão das refeições;
- A importância da apresentação dos alimentos;
- Controlo do ambiente.



(Araújo et al, 2021)

26

## 8. Escala de GUSS (*Gugging Swallowing Screen*)



(Trapl-Grundschober, 2018)

27

## 8. Avaliação preliminar/ teste de deglutição indireto

		SIM	NÃO
Secção 1. Avaliação preliminar / teste de deglutição indireto	Vigil	O doente deve estar alerta durante pelo menos 15 minutos	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0
	Tosse e/ou limpeza faríngea	Tosse voluntária; o doente deve conseguir tossir ou limpar a faringe 2 vezes	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0
	Deglutição de saliva	Realize a higiene oral se a boca estiver muito seca	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0
	• Deglutição eficaz	Se o doente tossir durante ou após a deglutição da saliva, assinalar "não"	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
	• Sialorreia	Sialorreia intensa e permanente	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
• Alterações na voz após deglutição	Rouquidão; voz molhada, crepitante ou fraca	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1	
TOTAL:			(5)

1 – 4 = Exige avaliação especializada; 5 = Continuar para a secção 2

(Trapl-Grundschober, 2018)

28

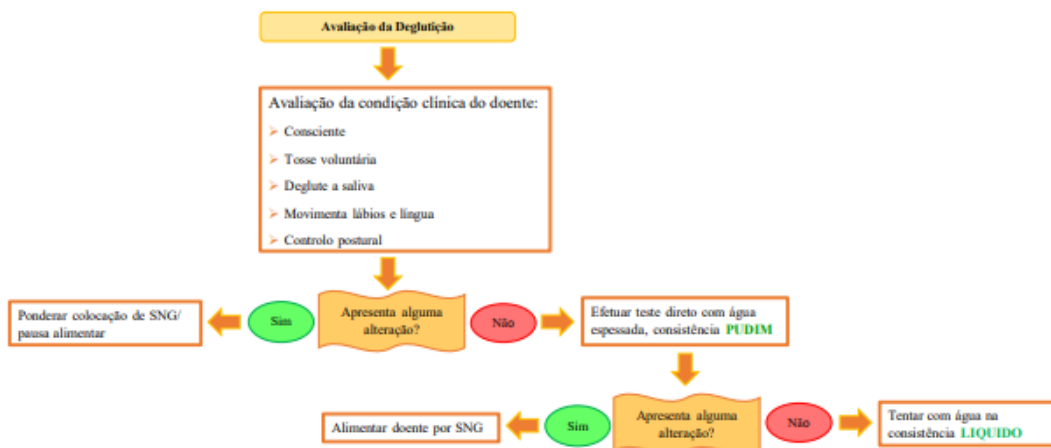
## 8. Teste de deglutição direto

Seguir a ordem:	SEMI-SÓLIDO	LÍQUIDO	SÓLIDO	
	Inicialmente administrar 1/2 colher de chá de água destilada com espessante (consistência de pudim). Se não se observarem sintomas administrar 3 a 5 colheres. Reavaliar após a 5ª colher.	3, 5, 10, 20 ml de água destilada numa chávena – se não se observarem sintomas continuar com 50 ml de água destilada (gotes sequenciais). Avaliar e interromper se se observar um dos critérios.	Dar um pedaço de pão sem óleos. Interromper se se observar um dos critérios.	
Secção 2. Teste de deglutição direto (Material: Água destilada, colher de chá, espessante e pão)	<b>DEGLUTIÇÃO</b>			
	• Deglutição impossível	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
	• Deglutição lenta (> 2 seg.) (Sólidos > 10 seg.)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
	• Deglutição eficaz	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
	<b>TOSSE (involuntária)</b> (antes, durante ou após a deglutição – até 3 minutos após)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
	• Sim	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
	• Não	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
	<b>SIALORREIA</b>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
	• Sim	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
	• Não	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
	<b>ALTERAÇÃO DA VOZ</b> (avaliar a voz antes e após a deglutição – solicitar que o doente diga "O")	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
	• Sim	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
• Não	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	
TOTAL:	(5)	(5)	(5)	
	1 – 4 = Ver a avaliação GUSS 5 = Continuar para líquido	1 – 4 = Ver a avaliação GUSS 5 = Continuar para sólido	1 – 4 = Ver a avaliação GUSS 5 = Normal	

(Trapl-Grundschober, 2018)

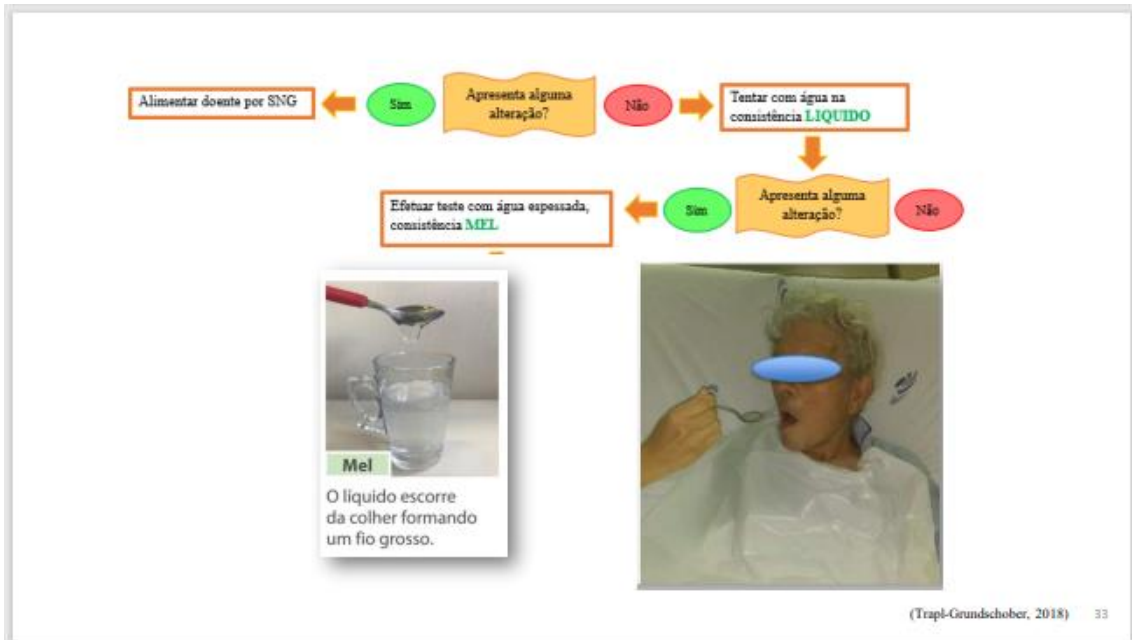
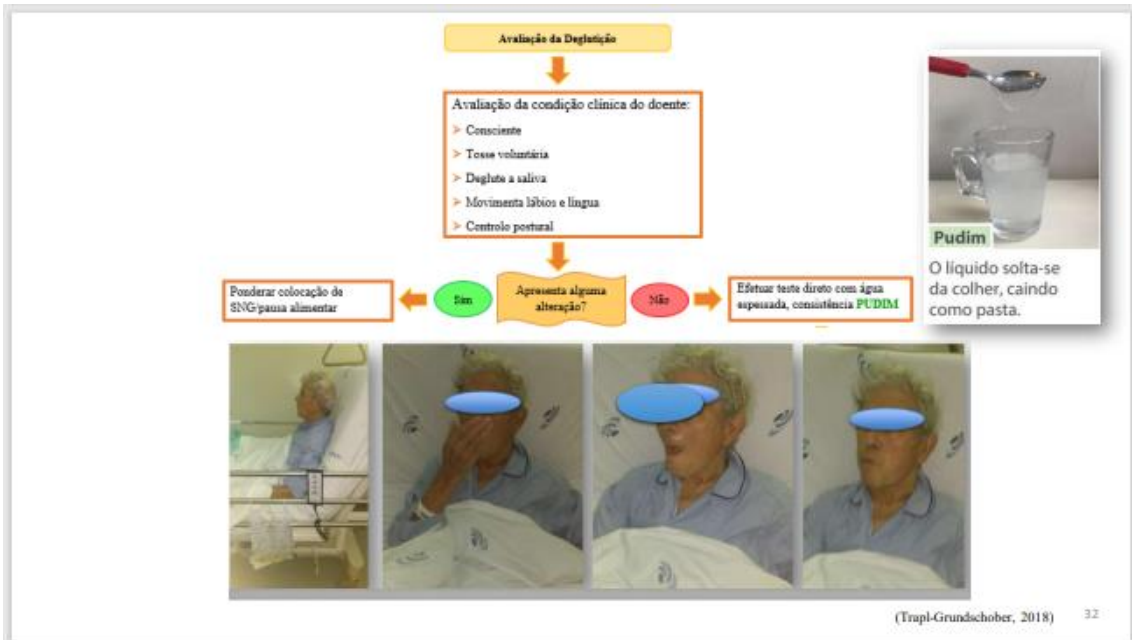
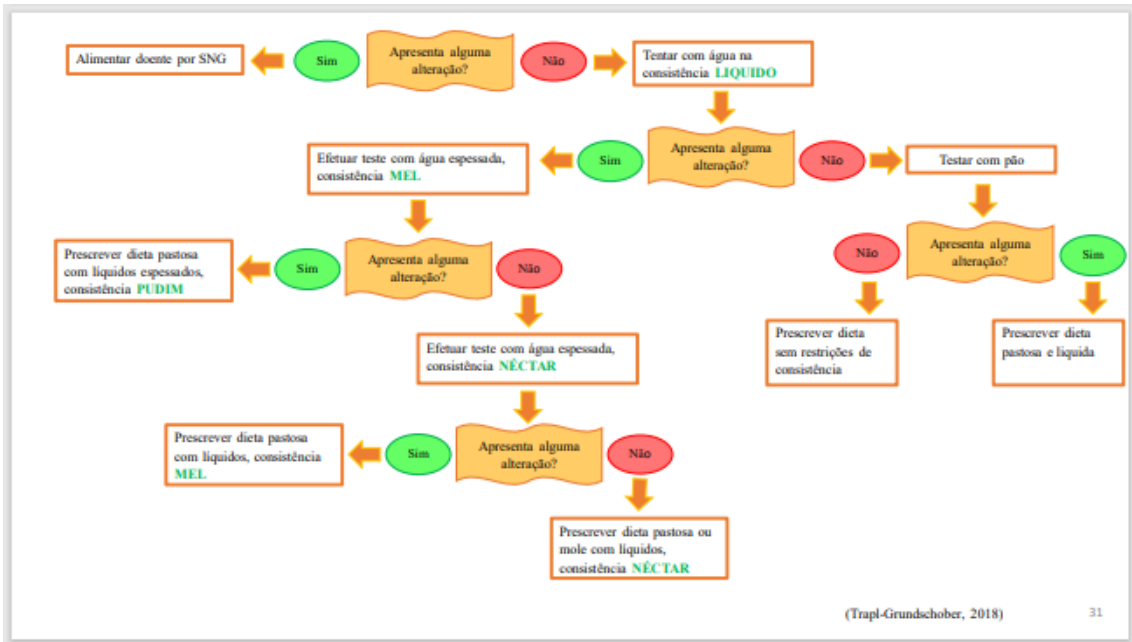
29

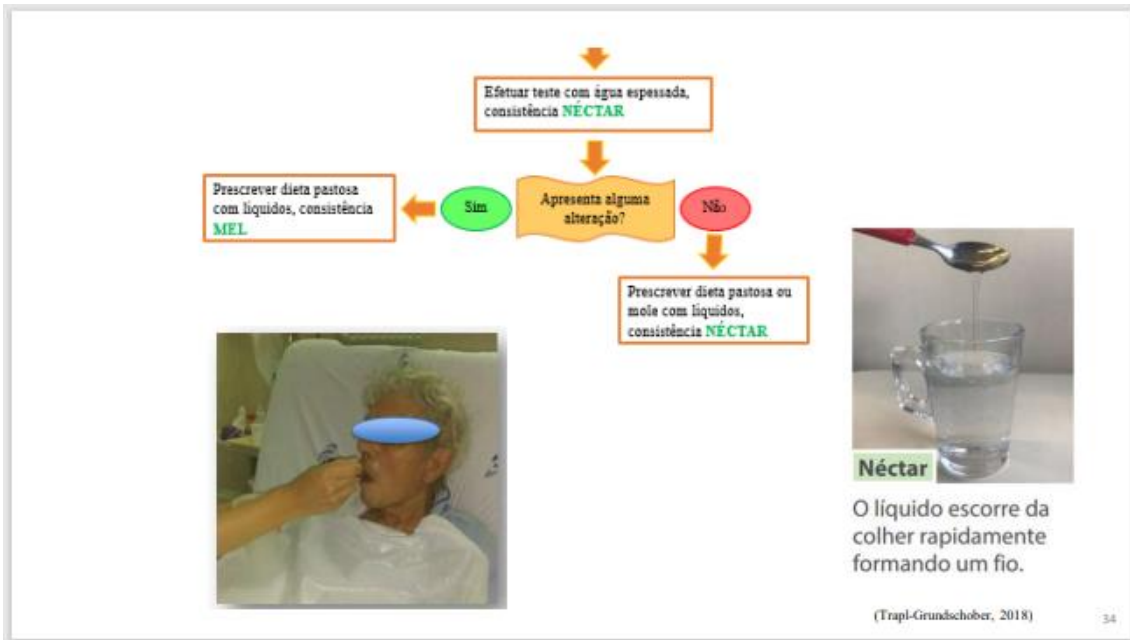
## 9. Fluxograma de rastreio da disfagia



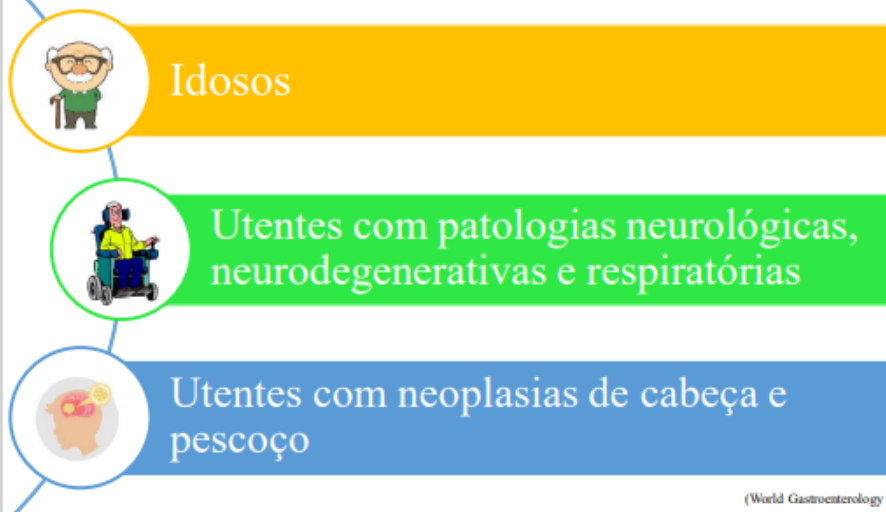
(Trapl-Grundschober, 2018)

30





## 9. A quem se realiza o rastreio



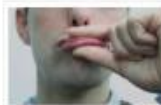
## 9. Objetivos do rastreio da disfagia

- Garantir maior segurança para a pessoa e o profissional;
  - Prevenir complicações nas pessoas com risco de aspiração;
  - Providenciar a consistência dos alimentos adequada ao grau de disfagia da pessoa;
  - Uniformizar a atuação dos enfermeiros.
- (World Gastroenterology Organisation, 2014) 36

## 10. Intervenções Terapêuticas

### Manobras de deglutição

- Manobra Supraglótica
- Deglutição Forçada
- Manobra de Mendelson
- Manobra de Masako
- Manobra de Dupla Deglutição – *double swallow*
- *Lip pursing*



(Moreira, Neves, Lucas, Silva, & Galante, 2021)

37

## 11. Exercícios Neuromusculares

### Objetivo:

- Melhorar a força e a coordenação dos músculos utilizados na deglutição.

Lábios



(Ribeiro, 2021)

38

## 11. Exercícios Neuromusculares

Língua

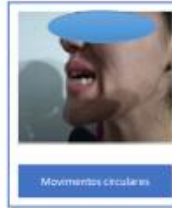


(Ribeiro, 2021)

39

## 11. Exercícios Neuromusculares

Mandíbula



Bochechas

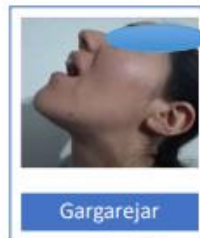


(Ribeiro, 2021)

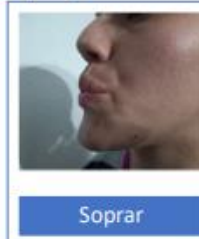
40

## 11. Exercícios Neuromusculares

Úvula



Palato Mole

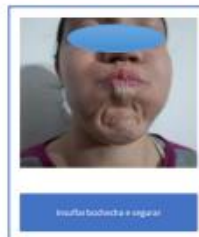
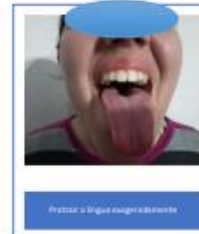
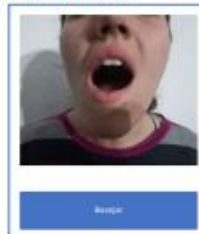


(Ribeiro, 2021)

41

## 11. Exercícios Neuromusculares

Mobilidade Laringea



(Ribeiro, 2021) 42

## 12. Disfagia e Família

### Principais dificuldades sentidas pelos familiares



- Família - podem estar relutantes em ter as refeições, em conjunto, com a pessoa com disfagia;
- Dietas especiais - tempo e despesas associadas;
- Famílias e cuidadores - não adesão às recomendações;
- O incumprimento leva a desconforto, aspiração e eventualmente infeções respiratórias;
- Os cuidadores *versus* pessoa cuidada - criando conflito.

(Araújo et al, 2021) 43

## 13. Capacitar a pessoa e o cuidador informal

- Modificações de posicionamento e adaptações na dieta prescrita;
- Administração dos alimentos e medicamentos;
- Gestão de fatores comportamentais e ambientais;
- Prestação de cuidados de higiene orais após todas as refeições;
- Ensinar e capacitar o cuidador informal/a pessoa para estratégias facilitadoras da deglutição.



(Araújo et al, 2021)

44

## 14. Apresentação do alimento e controlo do ambiente

- Obter máximo de colaboração e evitar que esteja cansado ou sonolento. A pessoa tem que estar bem acordada;
- Controlo postural;
- Direcionar a colher de baixo para cima, evitar extensão do pescoço;
- Direcionar o alimento para a parte média da língua, preferencialmente no lado não afetado;
- Promover a alimentação por mão própria ou conduzir o movimento da mão;
- Copo de boca larga/chávena, copo recortado Nosey, ajuda a evitar a extensão da cabeça e reduz o risco de aspiração.

(Araújo et al, 2021)

45

## 15. Hidratação com sabor e segurança

- Os espessantes à base de **goma xantana** são os mais fáceis de preparar:
  - Não têm sabor/ não alteram o sabor dos alimentos;
  - Podem ser adicionados em alimentos frios e quentes;
- Infusões, cevada ou sumos naturais espessados (aumentar a adesão à hidratação);
- Espessamento natural: farinha de maisena nas sopas, fazer batidos de fruta, purés;
- O espessante não tem participação do estado.



(Araújo et al., 2021) 46



<https://www.chts.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/4/2022/12/ebook-disfagiaReceitasadaptadascomcoresabor.pdf>

(Leão, et al., 2022)

47

## 15. Após alimentação...

A ingestão de líquidos com a viscosidade adequada a cada pessoa:

- Previne a acumulação de resíduos
- Reforça a hidratação
- Instruir os cuidadores a inspecionar a boca após cada refeição



**Higienizar a boca após cada refeição**



- Permanecer sentado ou a 60°-80° pelo menos 30 minutos, promove o esvaziamento gástrico e reduz o refluxo.

(Araújo et al., 2021) 48

## 16. Intervenções de enfermagem à pessoa com alteração da deglutição

Registo informático



### FOCO:DEGLUTIÇÃO

#### DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

Deglutição comprometida

Potencial para melhorar conhecimento sobre exercícios de deglutição

Potencial para melhorar conhecimento sobre técnicas de deglutição

Potencial para melhorar capacidade para executar exercícios de deglutição

Potencial para melhorar capacidade para usar técnicas de deglutição

Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados para promover a deglutição

#### INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM:

Ensinar sobre técnica de deglutição

Ensinar sobre exercícios de deglutição

Instruir sobre técnica de deglutição

Instruir sobre exercícios de deglutição

Treinar técnica de deglutição

Treinar exercícios de deglutição

Gerir dieta

Vigiar cavidade oral

Incentivar higiene oral no final da refeição

(Araújo et al, 2021)

50

## Conclusão

- A disfagia é um distúrbio da deglutição que pode levar ao desenvolvimento de grandes complicações, nomeadamente aspiração, desnutrição e desidratação.
- A referenciação para intervenção especializada diminui os riscos e aumenta o potencial de recuperação - equipa interdisciplinar.
- A capacitação das equipas de saúde para prevenir complicações não só aumenta a qualidade de vida e a longevidade dos utentes, como diminui os custos de internamentos prolongados e repetitivos.

51

## Referências Bibliográficas

- ▶ Allia Medical Media. (2016, March 22). *Deglutição, fases e visão geral do controle neural*, animação. <https://www.youtube.com/watch?v=HUAGCmpR00>
- ▶ Araújo, P., Soares, A., Ribeiro, O., Martins, M.M. (2021). *Processo de cuidados de enfermagem e reabilitação à pessoa adulta/idosa com compromisso no sistema nervoso*. In Ribeiro, O. *Enfermagem de Reabilitação*. (pp.164-233). Edições Lidel.
- ▶ Banda, K.J., Chu, H., Kang, X.L., Liu, D., Pien, L., Jen, H. (2022). *Prevalence of dysphagia and risk of pneumonia and mortality in acute stroke patients: a meta-analysis*. *BMC Geriatrics*, 22 (420), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12877-022-02960-5>
- ▶ Beiga, R. (2016). *Avaliação da função deglutição*. In C. Marques-Vieira, L. Sousa, ed. *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 181-188). Loures: Lusodidacta.
- ▶ Branco, C., Portinha, S. (2017). *Difagia no adulto: da teoria à prática*. Edições Lisboa: Papa-Letras.
- ▶ CIPE. (2019). *Classificação internacional para a prática de enfermagem*. Edições: CIPEW. <https://www.cipec.org/pt/definicao/definicao/definicao/3CNP%202019%20Pratica%20444.pdf>
- ▶ Costa, C. S. P. (2020). *Avaliação da deglutição: intervenção do enfermeiro de reabilitação*. [Master's thesis, Instituto Politécnico de Viana do Castelo]. RCAAP. [http://repositorio.ipv.pt/bitstream/20.500.11960/2409/1/Carla\\_Costa.pdf](http://repositorio.ipv.pt/bitstream/20.500.11960/2409/1/Carla_Costa.pdf)
- ▶ Ferreira, A., Penedeira, L., Ventura, I., Gracias, A., Marques, J., Reis, M. (2018). *Gugging swallowing screen: contributo para a validação cultural e linguística para o contexto português*. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(16), 85-93. <https://doi.org/10.12702/RIV17090>



52

## Referências Bibliográficas

- ▶ French, B., Powell-Viden, B., Martins, R. (2016). *Management of dysphagia in stroke - an educational manual for the dysphagia screening professional in the long-term care setting*. Toronto: Swallowing Lab, University Health Network. [http://swallowinglab.ahmes.stonrock.ca/Dysphagia\\_LTC.pdf](http://swallowinglab.ahmes.stonrock.ca/Dysphagia_LTC.pdf)
- ▶ Gecher, M., & Cray, M. (2016). *Dysphagia: clinical management in adults and children* (2nd ed.). Missouri: Elsevier. [https://books.google.pt/books?id=qPBwCaAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=pt-PT&asrcsc=ghs\\_ge\\_summary\\_1&cad=0?vc=onepage&q&f=false](https://books.google.pt/books?id=qPBwCaAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=pt-PT&asrcsc=ghs_ge_summary_1&cad=0?vc=onepage&q&f=false)
- ▶ Leão, R., Queirós, S., Gomes, I., Magalhães, D., Senoura, S., Macedo, S. (2022). *Difagia - Receitas Adaptadas com e sem consistência cremosa*. Penafiel: CHTS, EPE. <https://www.dta.nes.usc.pt/wp-content/uploads/sites/4/2022/12/ebook-difagiaReceitasadaptadascomconsulho.pdf>
- ▶ National Collaborating Centre for Chronic Conditions. (2019). *Stroke: national clinical guideline for diagnosis and initial management of acute stroke and transient ischaemic attack (TIA)*. Royal College of Physicians. <https://www.nice.org.uk/guidance/ing128>
- ▶ Oliveira, L.J., Couto, G.R., Moreira, A., Gonçalves, C., Marques, M., Ferreira, P.L. (2021). *The portuguese version of the gugging swallowing screen: results from its application*. *milentium*, 2(16), 93-101. <https://doi.org/10.29352/mil20216.24585>
- ▶ Tene, R. (2020). *Difagia orofaríngea en el icu: aspectos diagnósticos y terapéuticos*. *revista de neurología*, 70(12), 444-452. <https://doi.org/10.33588/m.2012.2019447>
- ▶ Trapl, Michaela, Eaderle, E., Nowotny, M., Teuschl, Y., Matz, K., Ducheshausen, A., Bmirin, M. (2007). *Dysphagia bedside screening for acute stroke patients: the gugging swallowing screen*. *Stroke* 38 (11): 2948-2952. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.107.483933>
- ▶ Royal College of Speech & Language Therapists. (2022). *Dysphagia and eating, drinking and swallowing needs overview*. <https://www.rcslt.org/peech-and-language-therapy/clinical-information/dysphagia/>



53

## PARTE 2

## ESCALA DE GUSS



54

**GUSS** Gugging Swallowing Test

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

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

	SIM	NAO
<b>Vigilância</b> (o doente deve estar alerta durante pelo menos 15 minutos)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
<b>Tosse após pigalar</b> (tossir voluntária) (o doente deve conseguir tossir no pigalar 2 vezes)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
<b>Deglutição de saliva</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
• Deglutição com sucesso	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
• Sialorreia	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
• Alterações da voz (rouquidão, gorgolejo, voz molhada ou fraca)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
<b>TOTAL:</b>	(5)	
	1 = 4 = Investigação posterior 0 = Continuar para a secção 2	

**Secção 2. Teste de deglutição directo** (Material: Água destilada, colher de chá fina, espessante, pó)

Seguir a ordem:	1 → SEMI-SÓLIDO*	2 → LÍQUIDO**	3 → SÓLIDO***
<b>DEGLUTIÇÃO</b>			
• Deglutição espontânea	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
• Deglutição demorada (1- 2 seg.) (Sólidos > 10 seg.)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
• Deglutição com sucesso	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
<b>TOSSE</b> (voluntária) (antes, durante ou após a deglutição – até 3 minutos após)			
• Sim	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
• Não	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
<b>SIALORREIA</b>			
• Sim	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
• Não	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
<b>ALTERAÇÃO DA VOZ</b> (procurar a voz antes e após a deglutição - o doente deve dizer "0")			
• Sim	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
• Não	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
<b>TOTAL:</b>	(3)	(3)	(3)
	1 = 4 = Investigação posterior 0 = Continuar para líquido	1 = 4 = Investigação posterior 0 = Continuar para sólido	1 = 4 = Investigação posterior 0 = Normal

TOTAL = (Socção 1 + Socção 2)

## TESTE DIRETO DA DEGLUTIÇÃO – SUBTESTE PASTOSO | SEMI-SÓLIDO

- Material necessário:**
- Copo
  - Água
  - Espessante Alimentar
  - Colher de chá (metal)



Preparar cerca de 50 ml de água com espessante de modo a obter a **consistência PUDIM**

Informar o doente (água espessada sem sabor | deglutição rápida)

Administrar cerca de 3-5 colheres de chá de água espessada:

- 1ª Colher: Meia
- 2ª Colher: Completa
- 3ª Colher: Bem cheia

Avaliar o risco de aspiração em cada colher fornecida, de acordo com 4 critérios: deglutição, tosse, sialorreia e alterações na voz.

## TESTE DIRETO DA DEGLUTIÇÃO – SUBTESTE LIQUIDO

- Material necessário:**
- Copo
  - Água
  - Seringa de 20 ml



Informar o doente (pequena quantidade de água; não inclinar para trás a cabeça; inclinar bem o copo)

Administrar diferentes quantidades de água:

- 3 ml
- 5 ml
- 10 ml
- 20 ml
- 50 ml

Avaliar o risco de aspiração em cada colher fornecida, de acordo com 4 critérios: deglutição, tosse, sialorreia e alterações na voz.

## TESTE DIRETO DA DEGLUTIÇÃO – SUBTESTE SÓLIDO

### Material necessário:

Pão (1,5 cm x 1,5 cm)  
Água



### Avaliar a cavidade oral:

- Dentição;
- Prótese dentária;
- Odontalgia.

Fornecer um pedaço de pão, e se necessário um segundo (maior).

Avaliar o risco de aspiração em cada colher fornecida, de acordo com 4 critérios: deglutição, tosse, sialorreia e alterações na voz.

58

Score GUSS	Resultado	Risco de aspiração	Dieta adequada
20	Sem disfagia		Dieta geral
15-19	Disfagia ligeira	Risco de aspiração	Dieta mole e líquidos
10-14	Disfagia moderada	Risco de aspiração	Dieta pastosa e líquidos espessados
0-9	Disfagia grave	Risco de aspiração	Indicação de não ingerir nada por via oral

59



60

**Obrigada pela vossa Atenção!**



APÊNDICE IV – PANFLETO SOBRE “VIVER COM A DISFAGIA”

- Verificar se não acumulou alimentos na cavidade oral, antes de oferecer a próxima porção;
- Utilizar equipamento adaptativo: colher metálica/ prato com rebordo/copo recortado;
- Confirmar se a prótese dentária está bem adaptada;
- Realizar higiene oral rigorosa / manter a mucosa húmida.

#### No caso de ser no leito (cama):

- A inclinação da cabeceira deverá estar entre 60-80°;
- A pessoa deve permanecer pelo menos 30min com a cabeceira elevada após a refeição, com a finalidade de promover o esvaziamento gástrico e reduzir o refluxo.



### A DISFAGIA É UM SINTOMA COMUM EM:

- Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC);
- Doença de Alzheimer/Demência;
- Cancro cabeça e pescoço;
- Doença de Parkinson;
- Esclerose múltipla;
- Envelhecimento.



A disfagia pode manter-se dias, semanas, meses e até anos, dependendo do grau de gravidade e das capacidades físicas, neurológicas e cognitivas de cada pessoa.

**Mantenha-se acompanhado pelos especialistas da área e cumpra as recomendações!**

#### Referências Bibliográficas:

- Braga, R. (2016). Avaliação da função deglutição. In C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 181-188). Loures: Lusodidacta.
- Branco, C. & Portinha, S. (2017). *Disfagia no adulto: da teoria à prática* (2ª ed.). Lisboa: Papil, edit.
- Leão, R., Queiroz, S., Gomes, I., Magalhães, D., Sedoriza, S., & Macedo, S. (2022). *Disfagia - Recente: Adaptação com cor e sabor (exercícios-cromos)*. Póvoa: Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE.
- Araújo, P., Soares, A., Ribeiro, O., Martins, M.M. (2021). Processo de Cuidados de enfermagem e reabilitação à pessoa idosa com compromisso no sistema nervoso. In Ribeiro, O. *Enfermagem de Reabilitação*. (pp.164-233). LIDEI.



# Viver com a DISFAGIA



Trabalho realizado:  
Luciana Salvador

Estudante do Mestrado em  
Enfermagem de Reabilitação  
2022/2023

### O QUE É A DISFAGIA?

- A disfagia define-se como qualquer **difficuldade em deglutir** (engolir) os alimentos líquidos e/ou sólidos desde a boca até ao estômago.



### QUAIS AS CONSEQUÊNCIAS DA DISFAGIA?



DESNUTRIÇÃO

DESIDRATAÇÃO

PNEUMONIA

### QUAIS OS SINAIS DE ALERTA DA DISFAGIA?

- Tosse frequente durante e após a ingestão de alimentos (líquidos ou sólidos);
- Engasgos com facilidade;
- Demora para engolir;
- Dificuldade em gerir a saliva;
- Acumulação de restos de alimentos na cavidade oral após as refeições;
- Alterações da voz/ tom (rouquidão, voz húmida, nasalada ou fraca);
- “Pigarro” frequente;
- Infecções respiratórias frequentes;
- Engolir várias vezes;
- Regurgitação oral ou nasal de alimentos / líquidos;
- Perda de peso inexplicável.

### QUAIS AS ESTRATÉGIAS FACILITADORAS DA DEGLUTIÇÃO?

- Providenciar um ambiente calmo, sem distrações (p.ex. desligar a televisão, etc);
- Sentar a pessoa corretamente;
- Manter a cabeça ligeiramente inclinada para a frente e para baixo, enquanto está a engolir;
- Despertar a pessoa e solicitar que não fale enquanto come;
- Sentar-se em frente à pessoa, enquanto a alimenta;
- Adaptar a consistência alimentar;
- Espessar os líquidos conforme a necessidade:



Nectar  
O líquido escorre da colher rapidamente formando um fio.

Mel  
O líquido escorre da colher formando um fio grosso.

Pudim  
O líquido solta-se da colher, caindo como pasta.