



**Deglutição comprometida e risco de aspiração:
Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem
de Reabilitação num Serviço de Hospitalização
Domiciliária**

Ana Isabel da Silva Boavista

Março de 2023



Deglutição comprometida e risco de aspiração: Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação num Serviço de Hospitalização Domiciliária

Relatório de estágio de opção 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

Ana Isabel da Silva Boavista

Março, 2023

PENSAMENTO

E quando a tempestade tiver passado, mal te lembrarás de ter conseguido atravessá-la, de ter conseguido sobreviver. Nem sequer terás a certeza de a tormenta ter realmente chegado ao fim. Mas uma coisa é certa. Quando saíres da tempestade já não serás a mesma pessoa. Só assim as tempestades fazem sentido.

Haruki Murakami, (2006)

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha filhota, ao meu grande amor que perdeu tempo comigo, mas que apesar de pequenina percebe a força do seu abraço!

Ao meu marido, que sem ele nada disto era possível!

E por último, mas não menos importante, à minha avó que durante este percurso partiu, foi o meu porto seguro e quem sempre me deu ânimo para seguir em frente e alcançar sempre mais!

AGRADECIMENTOS

À Professora Inês Rocha por toda a instrução, orientação científica, empenho e dedicação, por ter acreditado em mim e nunca me deixar desistir.

À Professora Tânia Rodrigues toda a contribuição, sob a forma de sugestões e críticas, e pela orientação científica, que foram cruciais para a realização deste relatório.

À Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação Joana Vieira por toda a orientação no ensino clínico, todas as instruções e por ter contribuído para o meu enriquecimento profissional e pessoal.

A toda a minha família o apoio incondicional durante este percurso, sem eles nada disto seria possível.

Ao meu marido e à minha filha por serem o meu porto seguro e os meus carregadores de bateria.

À minha companheira de jornada que tanto me ajudou e que foi o meu ombro amigo em todas as horas.

E aos meus amigos que estiveram sempre lá e me souberam guiar e aconselhar em todos os momentos.

CHAVE DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

AVC	Acidente Vascular Cerebral
CIPE®	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
DE	Diagnóstico de Enfermagem
DGS	Direção Geral da Saúde
DP	Desvio Padrão
EEEC	Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária
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>
HD	Hospitalização Domiciliária
HTA	Hipertensão arterial
M	Média
INE	Instituto Nacional de Estatística
OE	Ordem dos Enfermeiros
OMS	Organização Mundial de Saúde
PEG	Gastrostomia Percutânea Endoscópica
PMQ	Projeto de Melhoria da Qualidade
RIL	Revisão Integrativa da Literatura
SHD	Serviço de Hospitalização Domiciliária
SNG	Sonda Nasogástrica
UHD	Unidade de Hospitalização Domiciliária

RESUMO

A deglutição tem como principais funções a nutrição e a hidratação, desempenhando ainda um importante papel na regulação da proteção da via aérea. A alteração que ocorre durante este processo denomina-se de disfagia, sendo que esta condição pode acarretar diversos problemas para a pessoa, uma vez que as suas consequências potenciam a morbidade, a mortalidade, o agravamento do estado geral de saúde e, por sua vez, a diminuição da qualidade de vida da pessoa e dos seus cuidadores. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, como profissional com conhecimento sobre prática baseada na evidência, é autónomo na avaliação, diagnóstico e tratamento desta condição, constituindo-se como uma mais-valia no processo de recuperação da pessoa com alterações da deglutição. No fundo, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação intervém no sentido de diminuir os riscos e potenciar a melhoria no processo de deglutição, com o objetivo de capacitar a pessoa e a família, tendo como finalidade potenciar a qualidade de vida e a reinserção na sociedade. Além disso, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, devido às competências que lhe estão inerentes, tem um papel primordial nas questões relacionadas com a formação em serviço e a capacitação dos enfermeiros da prática clínica. Assim, o trabalho desenvolvido ao longo do estágio de opção, e apresentado neste relatório, teve como principal objetivo melhorar o conhecimento e capacidade dos enfermeiros do Serviço de Hospitalização Domiciliária para identificar compromissos na deglutição dos utentes, diminuindo, desta forma, o risco de aspiração. A metodologia utilizada inseriu-se no projeto de melhoria da qualidade, como estratégia de intervenção profissional, tendo-se realizado uma formação em serviço, estruturada de acordo com a evidência encontrada na revisão integrativa da literatura.

Palavras-chave: Distúrbios da deglutição; Aspiração; Enfermagem em Reabilitação, Educação continuada.

ABSTRACT

Swallowing has as its main functions nutrition and hydration, and also plays an important role in regulating airway protection. The alteration that occurs during this process is called dysphagia, and this condition can cause several problems for the person, since its consequences increase morbidity, mortality, the worsening of the general state of health and, in turn, the decrease in the quality of life of the person and their caregivers. The Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing, as a professional with knowledge of evidence-based practice, is autonomous in the assessment, diagnosis and treatment of this condition, constituting an added value in the recovery process of the person with swallowing disorders. Basically, the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing intervenes in order to reduce the risks and enhance the improvement in the swallowing process, with the aim of empowering the person and the family, with the aim of enhancing the quality of life and reintegration into society. In addition, the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing, due to the skills inherent to him, has a key role in issues related to in-service training and training of nurses in clinical practice. Thus, the work carried out throughout the option stage, and presented in this report, had as its main objective to improve the knowledge and capacity of nurses in the Hospital at Home Service to identify swallowing compromises among users, thus reducing the risk of aspiration. The methodology used was part of the quality improvement project, as a professional intervention strategy, with in-service training being carried out, structured according to the evidence found in the integrative literature review.

Keywords: Swallowing disorders; Aspiration; Rehabilitation Nursing, Continuing Education.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	12
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	15
1.1 DEGLUTIÇÃO	15
1.2 INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NO COMPROMISSO DA DEGLUTIÇÃO	19
2. PERCURSO METODOLÓGICO	24
2.1 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO	24
2.2 ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL: FORMAÇÃO EM SERVIÇO	28
2.2.1 Diagnóstico de situação	28
2.2.2 Definição dos objetivos	32
2.2.3 Planeamento	33
2.2.4 Execução/ avaliação	34
2.2.5 Divulgação dos resultados.....	43
3. REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA (ARTIGO)	46
4. REFLEXÃO SOBRE AS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS NO ESTÁGIO DE OPÇÃO	58
4.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	58
4.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	62
4.3 COMPETÊNCIAS DE MESTRE	65
5. CONCLUSÃO	67
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	70
ANEXOS	77
ANEXO I- PARECER COMISSÃO DE ÉTICA-PROJETO PERIDOTO	78
ANEXO II- QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO	81
APÊNDICES	
APÊNDICE I- QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTO SOBRE A DISFAGIA	
APÊNDICE II- DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO	
APÊNDICE III- FORMAÇÃO EM SERVIÇO	
APÊNDICE IV- PANFLETO	

ÍNDICE DE TABELAS:

Tabela 1. Respostas dos enfermeiros relativas à questão 1 do questionário: “A que grupo(s) destina os rastreios da disfagia”	35
Tabela 2. Respostas dos enfermeiros relativas à questão 2 do questionário: “Conhece ou já alguma vez utilizou a Escala de GUSS.”.....	36
Tabela 3. Respostas dos enfermeiros relativas à questão 3 do questionário “Relativamente à avaliação direta da deglutição da Escala de GUSS, os critérios de avaliação são:”.....	36
Tabela 4. Respostas dos enfermeiros relativas à questão 4: “Relativamente à avaliação indireta da deglutição da Escala de GUSS, os critérios de avaliação são:”	38
Tabela 5. Respostas dos enfermeiros relativas à questão 5 do questionário: “Dos sinais de alerta abaixo descritos, identifique os que estão presentes em doentes com disfagia.”.....	39
Tabela 6. Respostas dos enfermeiros relativas à questão 6 do questionário: “Relativamente aos ensinios ao prestador de cuidados do doente com disfagia, refira quais as estratégias facilitadoras da deglutição”.....	41
Tabela 7. Respostas dos enfermeiros relativas à questão 7: “Após avaliar o doente com disfagia, qual(ais) o(s) foco(s) de atenção que regista no SClínico®.”	42
Tabela 8. Respostas dos enfermeiros relativas à questão 7 do questionário: “E qual(ais) o(s) diagnóstico(s) de enfermagem que identifica.”.....	43
Tabela 9. Grau de satisfação dos participantes relativamente aos diferentes domínios da formação em serviço	45
Tabela 10. Grau de satisfação dos participantes relativamente aos diferentes domínios do desempenho do formador	45

INDÍCE DE QUADROS

Quadro 1. Técnicas Posturais.....22

Quadro 2. Problemas e estratégias de resolução do diagnóstico de situação.....33

INTRODUÇÃO

A elaboração do presente relatório insere-se no âmbito do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde de Santa Maria, em consórcio com a Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny e Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha – Alto Tâmega.

Pretende-se com este relatório descrever o processo de aquisição e desenvolvimento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), bem como das competências inerentes ao grau de mestre, através da análise reflexiva das atividades desenvolvidas ao longo do estágio de opção, no qual se incluiu um projeto de intervenção que pretendeu contribuir para a segurança e a qualidade dos cuidados prestados no Serviço de Hospitalização Domiciliária (SHD), cuja temática está relacionada com a deglutição comprometida e o risco de aspiração.

A escolha por esta temática prende-se com o facto de ser uma necessidade identificada pelos EEER do SHD, indo igualmente ao encontro do que refere Oliveira et al. (2021) no seu estudo, que menciona existir uma lacuna no que concerne ao conhecimento e à capacidade dos enfermeiros em identificarem corretamente nos processos de documentação os diagnósticos de enfermagem “deglutição comprometida” e o “risco de aspiração”.

O presente relatório visa demonstrar o percurso efetuado ao longo do estágio de opção, pelo que se irá mencionar o processo de conceção, implementação e monitorização dos diagnósticos e intervenções de enfermagem que foi realizado, com recurso à identificação no SClínico® de todos os focos de atenção específicos do EEER, particularmente relacionados com o foco de “deglutição”. De acordo com os EEER do SHD, tem havido uma preocupação em melhorar os registos informáticos e em desenvolverem indicadores que viabilizem a segurança e a qualidade dos cuidados prestados às pessoas com disfagia. Neste sentido, e como forma de diagnóstico de situação, realizou-se uma análise aos registos informáticos com as particularidades anteriormente mencionadas. Posteriormente, procedeu-se às restantes etapas do projeto de melhoria da qualidade, sendo que a estratégia de intervenção profissional desenvolvida foi uma formação em serviço para os enfermeiros do SHD, no âmbito da deglutição

comprometida e risco de aspiração. De salientar que a operacionalização desta formação teve em consideração os aspetos encontrados na revisão integrativa da literatura (RIL) realizada. A formação em serviço pretendeu ser um momento de partilha de informação, de discussão e de análise dos dados obtidos, num processo de troca de ideias mútuas, tendo como objetivo o desenvolvimento de competências no âmbito da identificação da disfagia, assim como a melhoria dos registos efetuados, no SClínico®.

O EEER é o profissional de saúde que possui um conjunto de competências que lhe permite promover, na sua intervenção, o diagnóstico precoce e a implementação de ações de enfermagem de reabilitação, capazes de proporcionar um leque de intervenções terapêuticas. Isto é, o EEER concebe, implementa e monitoriza planos de cuidados de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Segundo o regulamento nº392/2019 é da responsabilidade do EEER, avaliar, diagnosticar, conceber e implementar planos de intervenção em relação ao risco de alteração da funcionalidade da alimentação. Assim sendo, pelo facto de o processo de deglutição estar diretamente relacionado com a função alimentação, é crucial que o EEER realize uma avaliação precoce e implemente intervenções específicas que contribuam para a sua melhoria e a prevenção de complicações (Ordem dos enfermeiros, 2019).

O projeto de melhoria da qualidade desenvolvido no âmbito do estágio de opção, teve como principal objetivo melhorar o conhecimento e capacidade dos enfermeiros do Serviço de Hospitalização Domiciliária para identificar compromissos na deglutição da pessoa internada, diminuindo, desta forma, o risco de aspiração. No fundo, o trabalho desenvolvido teve como finalidade melhorar a segurança e a qualidade dos cuidados prestados no SHD.

Poder-se-á dizer que se recorreram a diversas metodologias, de acordo com os objetivos delineados para cada etapa do projeto de melhoria da qualidade. Assim sendo, para a etapa de diagnóstico de situação, recorreu-se ao paradigma quantitativo, realizando-se um estudo descritivo-exploratório retrospectivo (análise dos registos do SClínico®). Para a etapa de planeamento, realizou-se uma RIL (que foi redigida em forma de artigo e já se encontra submetida para publicação), de forma a operacionalizar a estratégia de formação em serviço, utilizada na fase de execução/ avaliação. Também é de salientar que na etapa de planeamento foi solicitado aos enfermeiros que preenchessem

um questionário que, além da caracterização sociodemográfica, contemplava questões sobre a temática da disfagia, incluindo a formulação de diagnósticos e intervenções de enfermagem, de acordo com a linguagem classificada utilizada no local do estágio de opção (CIPE® versão 2015). Na etapa de execução/ avaliação procedeu-se ao mesmo *modus operandis*, ou seja, solicitou-se aos enfermeiros que voltassem a preencher o mesmo questionário, após a realização da formação em serviço, de forma a possibilitar a comparação entre os dados obtidos nas duas etapas.

O presente relatório encontra-se dividido em seis capítulos, de forma a facilitar a explanação do percurso efetuado, e tornando a leitura mais clara e aprazível. Assim, inicia-se com a introdução e, seguidamente, apresenta-se o enquadramento teórico, onde se desenvolveu a temática da deglutição e a intervenção do EEER no processo da deglutição comprometida. Posteriormente, surge o capítulo do percurso metodológico, onde se explanou o trabalho desenvolvido nas várias etapas que constituem o projeto de melhoria de qualidade. O terceiro capítulo diz respeito à RIL, que substanciou a formação em serviço, e que se apresenta em forma de artigo. No quarto capítulo é apresentada a análise crítico-reflexiva sobre o desenvolvimento de competências comuns de enfermeiro especialista, particulares de EEER e, ainda, de mestre. O relatório é finalizado com uma conclusão global e integrativa, seguindo-se da apresentação das referências bibliográficas utilizadas em todos os capítulos, com exceção do terceiro capítulo, dado o artigo integrar já as referências bibliográficas utilizadas na sua redação.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1 DEGLUTIÇÃO

A deglutição é caracterizada como um mecanismo complexo, que envolve componentes voluntárias e reflexas, e que atuam vinte e seis pares de músculos e seis nervos cranianos (Braga, 2016). De acordo com o mesmo autor, as estruturas anatómicas que participam no processo da deglutição são: a cavidade oral, a faringe, a laringe e o esôfago. A função de deglutir desempenha um papel vital em todos os indivíduos, uma vez que viabiliza o transporte de nutrientes da cavidade oral ao estômago, garantindo que nenhuma substância obstrua a via aérea (Rech et al., 2018). De acordo com a definição da 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”.

A classificação da deglutição, relativamente ao número de fases, difere consoante o ato voluntário e involuntário das estruturas anatómicas e funcionais envolvidas nesta função. No entanto, a classificação mais consensual assume que existem três fases essenciais: fase oral – que se designa pela entrada do alimento na cavidade oral e, por conseguinte, a mastigação e formação do bolo alimentar; fase faríngea – quando se verifica a elevação do palato mole para ocluir a nasofaringe (diz respeito à movimentação da laringe e do osso hióide para cima e para frente, com movimentação da epiglote para trás e para baixo, verificando-se o relaxamento e a abertura do esfíncter superior do esôfago, a propulsão do bolo alimentar pela língua para o esôfago, e a reabertura da laringe); e fase esofágica – nesta fase há a contração sequencial do esôfago, seguindo-se do relaxamento do esfíncter inferior do esôfago e, por fim, a chegada do bolo alimentar ao estômago (WGO, 2014).

De salientar que, quando há um distúrbio da deglutição caracterizado pela dificuldade na preparação oral do bolo alimentar ou na movimentação do alimento da boca para o estômago, esta designa-se de disfagia (Terré, 2020).

Assim, a disfagia é caracterizada por 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, a nível pulmonar, e de satisfação alimentar e social do indivíduo (Teasell, 2020). Segundo Triggs e Pandolfino, (2019), a disfagia é determinada com base na sua localização e no seu processo, seja ele mecânico ou inflamatório, em que se verifica uma dificuldade no transporte do bolo alimentar, desde a boca até ao estômago.

Para muitos autores, a disfagia divide-se em orofaríngea e esofágica (Braga, 2016; Triggs & Pandolfino, 2019; Costa, 2020).

Por norma, a disfagia orofaríngea consegue-se diagnosticar a partir da recolha da entrevista cuidadosa à pessoa, em que esta refere a presença de uma aspiração recente, tosse após a deglutição, regurgitação nasofaríngea, alteração da voz ou a perceção de que apresenta uma deglutição descoordenada (Triggs & Pandolfino, 2019). Para uma avaliação da deglutição específica e segura esta deve incluir, uma anamnese detalhada, com uma análise da informação clínica da pessoa, preferências alimentares e tipo de dieta. Deve ainda ser avaliado: o estado mental e as funções cognitivas (consciência, orientação, atenção, memória, comportamento, perceção, funções executivas); a capacidade de compreensão e de cumprir as indicações que lhe são dadas; a avaliação da postura e o controlo da cabeça na posição de sentado; e a avaliação da cavidade oral (lábios, língua, palato duro e mole, mucosas, dentição, presença de próteses dentárias e a sua condição) (Braga, 2016b). De acordo com Siwec e Babaei (2020), a disfagia orofaríngea, para além de potencializar a morbidade e a mortalidade, afeta igualmente a qualidade de vida da pessoa e dos seus cuidadores.

Em relação à disfagia esofágica, esta diz respeito à dificuldade na passagem do bolo alimentar pelo esófago, com sensação de retenção de alimentos na garganta, causando odinofagia, pirose e refluxo de conteúdo esofágico. É comum em pessoas com distúrbio da motilidade ou anormalidade dos esfíncteres esofágicos, decorrente de patologias como acalasia, espasmo esofágico difuso, esofagite, estenose péptica e divertículo de Zenker (Triggs & Pandolfino, 2019).

Skarbinski e Glennan (2020), explicam a disfagia, como sendo um sintoma de um problema maior, existindo uma variedade de diagnósticos diferenciais. Para estas autoras pode ser uma sensação transitória, em que surge um bolus impactado ou um sintoma de uma condição crónica.

Travassos et al. (2020) referem que a disfagia pode ter várias origens e a sua etiologia pode ser neurológica, muscular, anatómica ou iatrogénica, tendo uma

prevalência relevante nas doenças do sistema nervoso (AVC, Parkinson, Alzheimer, outras demências), tumores da cabeça e pescoço, e envelhecimento. No caso do AVC, a incidência de disfagia na fase aguda pode chegar a 80%, sendo que, neste caso, a sua presença está associada a um risco aumentado de pneumonia, desidratação e desnutrição, resultando em piores resultados funcionais e qualidade de vida (Oliveira et al., 2021).

Segundo Skarbinski e Glennan (2020), aproximadamente um milhão de indivíduos são diagnosticados com disfagia a cada ano.

Nas últimas décadas, em Portugal e noutros países da Europa, tem-se verificado profundas alterações demográficas caracterizadas, pelo aumento da população idosa. Em Portugal as pessoas com 65 ou mais anos representavam 20,5% de toda a população, sendo que a esperança média de vida atingiu os 77,4 anos para homens e os 83,2 anos para as mulheres (Direção Geral de Saúde, 2015). De acordo com o Instituto Nacional de Estatística (INE, 2017), o número de idosos, que residem em Portugal, passará de 2,1 para 2,8 milhões, estimando-se que em 2080 o índice de envelhecimento duplique e passe dos 147 para 317 indivíduos idosos, por cada 100 jovens.

Rech et al. (2018) assumem o envelhecimento como sendo uma prevalência da disfagia, estimando-se que mais de 16 milhões de idosos estadunidenses, 30 milhões de idosos europeus e 10 milhões de idosos japoneses tenham alteração da deglutição. O mesmo estudo relata que 13% a 35% dos idosos independentes reportam sintomas associados à disfagia, mas que a maioria não procura tratamento. Um a cada nove idosos saudáveis referem sinais de disfagia, e 40% dos idosos saudáveis, já relataram que em algum momento da sua vida tiveram queixas associadas à dificuldade de deglutição (Roy et al., 2007, Rech et al., 2018).

Thiyagalingam et al. (2021) referem que a disfagia, afeta 10% a 33% dos idosos, sendo comumente observada em idosos que sofreram ou sejam diagnosticados com doenças neuro degenerativas, como Alzheimer ou Parkinson. Os mesmos autores referem ainda que essas pessoas diagnosticadas com disfagia podem apresentar desnutrição, pneumonia e desidratação.

Oliveira et al. (2021) mencionam que apesar da maior parte das doenças que provocam disfagia estarem relacionadas com o envelhecimento, também as alterações fisiológicas estão relacionadas com um aumento do risco de disfagia, explicando assim o aumento de prevalência da disfagia com a idade (30 a 40% dos idosos a viver na

comunidade (> 65 anos) e até 68% em idosos institucionalizados). Os mesmos autores referem que a perda de massa muscular e de função, a redução da elasticidade do tecido conjuntivo, as alterações na coluna cervical, a redução da produção da saliva, a degradação do estado dos dentes, a diminuição da sensibilidade oral e faríngea, a redução do olfato e paladar, e a redução da capacidade compensatória de um cérebro envelhecido, aumenta a suscetibilidade à disfagia, denominando-se, neste caso, de Presbifagia.

Segundo Selvanderan et al. (2021), a disfagia, além de potencializar complicações graves como desnutrição e risco de aspiração, também acarreta uma carga social e psicológica significativa para o indivíduo que apresenta esta alteração na deglutição. A avaliação precoce da deglutição proporciona então um nível mais seguro de cuidados e reduz a incidência de complicações relacionadas com esta disfunção (Oliveira et al., 2021).

Como forma de detetar alterações na deglutição, nomeadamente a disfagia, deve-se recorrer a instrumentos de avaliação. A escala de GUSS (Gugging Swallowing Screen) revela-se como o instrumento mais utilizado em Portugal, tendo inclusive sido validada para a população portuguesa, apresentando boas propriedades psicométricas (sensibilidade de 100% e especificidade de 69%) (Ferreira, 2018). Além disso, é um método não invasivo, fácil e de rápida aplicação, que permite identificar o tipo de disfagia e implementar um conjunto de intervenções, nomeadamente as específicas dos EEER (Ferreira, 2018). Park et al. (2020) sugerem a utilização da escala de GUSS como uma ferramenta confiável e sensível para a classificação da disfagia, permitindo, deste modo, a sua avaliação precoce e sistemática, no sentido de prevenir aspirações e possíveis pneumonias.

Para implementar um Programa de Reabilitação é essencial que se faça uma avaliação detalhada e rigorosa da deglutição da pessoa, estando preconizada a implementação da escala de GUSS (Moreira et al., 2021). O parecer da Ordem dos Enfermeiros nº01/2022, refere que compete ao enfermeiro de cuidados gerais a aplicação da escala de GUSS, sendo, contudo, necessário este possuir a formação e os conhecimentos adequados. De acordo com o mesmo parecer, é da responsabilidade do EEER formar e capacitar o enfermeiro de cuidados gerais para a utilização deste instrumento de avaliação.

1.2 INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NO COMPROMISSO DA DEGLUTIÇÃO

O EEER tem um papel importante na pessoa com compromisso da deglutição, através da identificação e da avaliação das alterações da funcionalidade ao nível da alimentação, assim como do planeamento de intervenções específicas de enfermagem de reabilitação (ER) (Ferreira et al., 2018; Moreira et al., 2021).

Ao longo do processo de reabilitação, o EEER acompanha a pessoa com deglutição comprometida, orientando para a reeducação funcional da alimentação, pelo que a intervenção com este tipo de pessoas, e dada a complexidade do processo de deglutição, requerem competências diferenciadas e específicas (Silva & Grilo, 2018).

De acordo com Domingos e Veríssimo (2014), é possível produzir ganhos em saúde através dos resultados obtidos com os cuidados de ER, que não só contribuem para a melhoria da qualidade de vida das pessoas com alterações da deglutição, como também possibilitam a diminuição dos reinternamentos dos mesmos, por quadros de infeções respiratórias ou pneumonias de aspiração. Tal como refere Moreira et al. (2021), a implementação dos programas de reabilitação nas pessoas com alterações da deglutição, além de garantir a segurança dos intervenientes (através da diminuição do risco de pneumonias de aspiração e de outras complicações, como a desnutrição e a desidratação), procura a melhoria na qualidade dos cuidados prestados e a redução da taxa de morbilidade e mortalidade. No entanto, devido à complexidade da situação, é importante salientar que a abordagem da pessoa com alterações da deglutição deve ser realizada pela equipa interdisciplinar, podendo o EEER, devido à sua posição privilegiada de contacto com a pessoa e aos seus conhecimentos diferenciados, servir de elo de ligação entre os diferentes profissionais de saúde (Braga, 2017; Oliveira, 2019).

O EEER em contexto de Hospitalização Domiciliária (HD) presta cuidados a todas as pessoas em fase aguda, com necessidades de cuidados médicos hospitalares, mas em contexto domiciliário (DGS, 2018). Os cuidados no Serviço de Hospitalização Domiciliária (SHD) distinguem-se dos cuidados domiciliários inseridos na Comunidade, pela prestação de cuidados altamente especializados em estados agudos da doença (Rossinot, Marquestaut & Stampa, 2019).

A intervenção na reeducação da deglutição, numa fase aguda da doença, é crucial, uma vez que ajuda as pessoas a alcançarem uma alimentação mais independente e a prevenir complicações, quer respiratórias, quer nutricionais (Costa, 2020). Assim, preconiza-se que a reabilitação da deglutição deve ser iniciada o mais precocemente possível, na medida em que em contexto ambulatorio irá ajudar no cumprimento do plano de reabilitação e dos ensinamentos relacionados com a disfagia (Costa, 2020).

É importante referir que as consequências da disfagia têm impacto quer na pessoa, quer na família, uma vez que se denota uma grande sobrecarga do familiar cuidador, devendo o EEER estar sensibilizado para a necessidade de ajustar o programa de reabilitação, com o intuito de facilitar o processo de transição de ambos os intervenientes (ASHA, 2020). De facto, a intervenção do EEER deve ser centrada não só na pessoa com alterações da deglutição, através do recurso a diversas técnicas específicas, mas também no familiar cuidador, incluindo-o no próprio processo de reabilitação da pessoa (Moreira et al., 2021).

Nesse sentido, o EEER que presta cuidados no SHD encontra-se numa posição privilegiada para proceder à avaliação da situação clínica da pessoa, tendo a vantagem de colher esses dados no domicílio da própria e, desta forma, conseguir adequar as suas intervenções às reais necessidades desta e do familiar cuidador, prestando cuidados mais significativos (Costa, 2020).

No entanto, no sentido de se promover a continuidade de cuidados, assim como fazer um registo fidedigno dos cuidados que estão a ser prestados e da evolução da pessoa, é essencial que o EEER formule diagnósticos e intervenções de enfermagem, registando-os nos aplicativos informáticos (Easterling, 2018).

Como preconiza o Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem Especializados de Enfermagem de Reabilitação (2015), os diagnósticos de enfermagem (DE) passam por avaliar a capacidade e o conhecimento da pessoa e/ou cuidador sobre os exercícios de deglutição, técnicas de consistência adaptada, técnicas sensoriais e técnicas compensatórias da deglutição.

Para Braga (2016b), a reeducação funcional da deglutição, abrange essencialmente técnicas compensatórias e exercícios de reabilitação, sendo que as técnicas compensatórias permitem que a pessoa ingira alguns alimentos por via oral sem

aspirar, e os exercícios de reabilitação têm como principal objetivo melhorar a força e a coordenação no ato da deglutição.

De acordo com Moreira et al. (2021), as técnicas compensatórias podem ser posturais, sensoriais e de consistência. Relativamente às estratégias posturais, estas dizem respeito à forma como as pessoas com alterações da deglutição se devem posicionar, para facilitar a deglutição e diminuir o risco de aspiração: flexão anterior do pescoço, rotação da cabeça para o lado afetado, e inclinação posterior da cabeça (Araújo et al., 2021; Moreira et al. (2021). As estratégias sensoriais consistem no uso de manobras que incitam a estimulação sensitiva, devendo ser utilizadas nas pessoas com diminuição da sensibilidade da cavidade oral e faringe, atraso e/ou diminuição na atividade da língua, atraso e/ou diminuição do reflexo faríngeo e apraxia da deglutição (Lazarus, 2017): uso de objetos frios, sabores ácidos, aumento do volume do alimento, e pressão da colher sobre a língua (Araújo et al., 2021; Moreira et al., 2021). As estratégias de consistência referem-se às alterações da consistência dos alimentos, sendo eficazes na medida em que aumentam a segurança e/ou a facilidade do seu consumo por via oral, de acordo com as necessidades da pessoa com alterações da deglutição (Araújo et al., 2021; Moreira et al., 2021).

Para o desempenho na plenitude da sua intervenção, o EEER também deve verificar se a pessoa tem potencial de melhorar o conhecimento e a capacidade para adequar a dieta, executar as estratégias compensatórias e terapêuticas, assim como as técnicas e exercícios que promovam uma deglutição eficiente (Araújo et al., 2021). No entanto, a pessoa pode não apresentar o potencial para promover esse conhecimento e capacidade, sendo então necessário a intervenção do cuidador, em todo o processo de reabilitação, na medida que a sua colaboração será importante no domicílio como facilitador de recuperação e de prevenção de complicações, como o risco de aspiração e de desnutrição (Araújo et al., 2021).

Neste sentido, o EEER tem um papel preponderante enquanto promotor de saúde, uma vez que o processo de reabilitação também se centra nos ensinamentos ao cuidador, reativos ao compromisso na deglutição, à modificação da consistência dos alimentos, ao uso de dispositivos de apoio, ao recurso a técnicas compensatórias, e aos exercícios passíveis de serem realizados no domicílio (Glenn-Molali, 2011; Araújo et al., 2021; Moreira et al., 2021).

As técnicas compensatórias são selecionadas de acordo com as alterações e posturas que a pessoa apresente, devendo ser ensinadas quer à pessoa, quer ao familiar cuidador (Moreira et al. 2021). No quadro 1 encontram-se explanadas algumas das técnicas posturais, que a pessoa com disfagia pode adotar, durante a alimentação.

Quadro 1: Técnicas Posturais

Alteração	Postura	Objetivos
<ul style="list-style-type: none"> • Atraso no reflexo de deglutição 	Flexão cervical	Protege a via aérea; favorece a progressão do bolo alimentar; evita acumulação de alimentos; promove a mobilidade da epiglote.
<ul style="list-style-type: none"> • Trânsito oral insuficiente; • Défice de propulsão da língua. 	Extensão e hiperextensão cervical	Favorece o efeito da gravidade (utilizar apenas em pessoas que não apresentem alterações da via aérea).
<ul style="list-style-type: none"> • Disfunção unilateral da faringe e laringe; • Parésia unilateral das cordas vocais 	Rotação cervical para o lado afetado	Mobiliza a epiglote para uma posição mais protetora; reduz a entrada laríngea.
<ul style="list-style-type: none"> • Fraqueza muscular unilateral oral ou da faringe 	Flexão cervical para o lado não afetado	Dirige o bolo alimentar para o lado saudável.
<ul style="list-style-type: none"> • Lesão faríngea (contração muscular ineficaz); • Redução da elevação da laringe 	Decúbito lateral para o lado não afetado (elevação da cabeça >30°)	Evita a acumulação de alimentos nas vias aéreas superiores após a deglutição; promove a mobilização eficaz dos alimentos, evitando o desvio para as vias aéreas.

Fonte: Adaptado de (Moreira et al.,2021)

Tal como já foi referido anteriormente, para que o programa de reabilitação tenha sucesso, é essencial não só envolver a pessoa com alterações da deglutição, como também o familiar cuidador, sendo que o ensino deve ser personalizado e adaptado a cada indivíduo (Araújo, 2021). Desta forma, os EEER são os profissionais de saúde capazes de identificar, compreender e potenciar as capacidades do prestador de cuidados para a satisfação das suas necessidades, avaliando as suas expectativas, desejos e ou dificuldades, no sentido de promover a qualidade de vida do seu familiar portador de disfagia (Araújo, 2021).

Segundo a Teoria das Transições de Meleis, o enfermeiro deve facilitar a aprendizagem atentando às mudanças e necessidades daí advindas: “(...) o cuidado deve ser visto como um processo que facilita transições bem-sucedidas, que não está vinculando por um início e fim a um evento determinado.” (Meleis, 2010, p.18). Devem ser avaliadas as condições que poderão facilitar ou dificultar a aprendizagem, tais como: a capacidade cognitiva, a capacidade física, a consciencialização, a força de vontade e o próprio envolvimento na aprendizagem (Meleis, 2010).

O EEER desempenha um papel fundamental na abordagem da pessoa com problemas de deglutição, no sentido de promover uma transição saudável:

O exercício profissional da Enfermagem de Reabilitação, como área especializada da enfermagem, adota necessariamente o enquadramento concetual dos cuidados de enfermagem (...) os modelos de autocuidado e das transições revelam-se estruturantes e de excelência para a otimização da qualidade do exercício profissional. (Ordem dos Enfermeiros, 2018 p.9).

Como refere Meleis (2010), as transições estão presentes ao longo do ciclo vital do indivíduo, e o ser humano é confrontado com imprevistos e mudanças que provocam desequilíbrios e consequentes alterações no seu bem-estar.

O EEER assume-se assim, como um elemento facilitador das transições que as pessoas e os seus familiares cuidadores e/ou pessoas significativas estão a vivenciar. A consciencialização por parte de ambos de que algo mudou, de que nada será igual, e das necessidades de reestruturação para ambos que daí advêm, é fundamental para ter uma transição saudável (Meleis, 2010).

2. PERCURSO METODOLÓGICO

Neste capítulo será abordada a metodologia de projeto de melhoria da qualidade (PMQ), que foi desenvolvida durante o estágio de opção no SHD.

A metodologia de PMQ tem como objetivo a identificação de um problema real, ligado à investigação, associada à implementação de estratégias e intervenções eficazes e que contribuem para a sua resolução (Ruivo et al., 2010). Deste modo, inicia-se um processo reflexivo baseado na evidência científica (Ferrito, 2013).

Este tipo de metodologia é considerada dinâmica e adaptável a cada contexto, na medida em que pode ser redefinida sempre que seja preciso (Ruivo et al., 2010).

Segundo Ruivo et al. (2010), a metodologia de PMQ é constituída por cinco etapas: diagnóstico de situação, definição dos objetivos, planeamento, execução/avaliação e divulgação dos resultados.

2.1 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

O estágio de opção decorreu no período de 17 de novembro a 16 de dezembro de 2022, num SHD de um hospital central na região do norte de Portugal.

Devido às particularidades deste serviço, e ao facto de ser uma modalidade recente no Serviço Nacional de Saúde Português, seguidamente irá realizar-se uma breve abordagem sobre as Unidades de Hospitalização Domiciliárias (UHD).

Atualmente, verifica-se um aumento da esperança média de vida, associado não só a uma melhoria nos cuidados de saúde, como também à melhoria das condições higiénico-sanitárias. Consequentemente, assiste-se a um aumento do envelhecimento da população, que se associa a um acréscimo da prevalência das doenças crónicas, o que representa neste momento um problema transversal aos sistemas de saúde do mundo ocidental, conduzindo a uma sobrelotação dos serviços de urgência e a solicitação crescente do número de camas hospitalares (Delerue & Correia, 2018).

Devido a esta problemática, as UHD foram fundadas como modelo de assistência hospitalar praticado no domicílio, por um período transitório em alternativa ao internamento hospitalar convencional (Voudris & Silver, 2018).

A HD como já referido anteriormente surge, como uma alternativa ao internamento convencional, proporcionando os mesmos cuidados de forma contínua, sob

vigilância de uma equipa de profissionais de saúde, seguido por uma série de critérios clínicos, sociais e geográficos, que permitam esse internamento no domicílio, ocorrendo sempre de acordo com a vontade da pessoa e da sua família que, voluntariamente, aceitem o internamento em HD (Despacho 9323-A/2018).

Em Portugal, esta ainda é uma realidade muito recente, sendo pouco conhecida da população em geral. No entanto, noutros países em que esta tipologia de internamento está mais difundida, já existem estudos inequívocos das suas vantagens, nomeadamente: a redução do risco de complicações, associadas, por exemplo, ao risco de quedas; a diminuição da taxa de úlceras de pressão; a prevenção da desorientação/ confusão; a diminuição dos reinternamentos; e a redução da taxa das infeções hospitalares (Despacho 9323-A/2018).

A HD surge em Portugal no ano de 2015, no Hospital Garcia de Orta, sendo que atualmente existem 32 unidades espalhadas de Norte a Sul de Portugal (SPMI, 2021). A prestação de cuidados na UHD assenta em cinco princípios fundamentais: na voluntariedade dos utentes e cuidadores em aceitarem esta tipologia de internamento; na igualdade dos direitos e deveres dos utentes; na equivalência da qualidade na prestação dos cuidados; no rigor na admissão das pessoas e seguimento clínico; e, por último, na humanização de serviços e valorização do papel da família (UHD Garcia da Orta, 2018). De acordo com a DGS (2018), a HD possibilita que a pessoa receba cuidados na sua própria casa, iguais em qualidade e quantidade aos prestados no hospital, reunindo assim os critérios clínicos, sociais e geográficos, e sempre de acordo com a vontade da pessoa e da sua família.

A assistência prestada pela UHD por vezes é confundida com os cuidados prestados pelos Cuidados de Saúde Primários no atendimento ou na visita domiciliária que proporcionam. O facto é que os cuidados prestados pela UHD se caracterizam por ter uma duração limitada à fase aguda, sendo transitória, e onde se realizam procedimentos clínicos/terapêuticos com elevada frequência e complexidade (Despacho 9323-A/2018).

Segundo a DGS (2018), a HD centra-se na pessoa, procurando ganhos em eficiência e qualidade, redução de complicações, melhorando os níveis de humanização e satisfação dos seus utentes e cuidadores. Desta forma, A UHD tem como propósitos: proporcionar às pessoas e seus cuidadores a melhor atenção, participação e responsabilidade; a melhor qualidade de vida e bem-estar; assistência personalizada;

oportunidade de educação para saúde; e menor risco de iatrogenia (Azevedo, 2020; Mariano et al., 2021). Os mesmos autores referem que a nível hospitalar existe uma maior rentabilidade dos recursos disponíveis, uma maior rotação e disponibilidades de camas, e uma, redução do período de internamento no Serviço Nacional de Saúde, levando ao aumento da eficácia e da eficiência mediante assistência mais humanizada e a uma maior eficácia dos recursos.

Para ser admitido numa UHD a pessoa e/ ou o cuidador (na necessidade do mesmo) têm que aceitar voluntariamente as condições deste modelo assistencial, sendo para o efeito solicitada a assinatura de um consentimento informado, bem como têm de ser respeitados os critérios de elegibilidade. Em relação aos critérios clínicos é definido que: tem de existir um diagnóstico clínico definido (não pode estar ainda em estudo), que requerendo internamento tem um objetivo assistencial e estabilidade clínica; destina-se a situações clínicas de doença aguda ou crónica agudizada, cujas comorbilidades devem ser controláveis no domicílio; a nível geográfico, o domicílio da pessoa deve estar situado a uma distância máxima de 30 minutos e/ou num raio de 20km do hospital de forma a garantir a segurança na prestação de cuidados da equipa da UHD ou em caso de necessidade o retorno ao hospital em tempo útil. Do ponto de vista social, é fundamental: a existência de um cuidador capaz, sendo facultativo no caso da pessoa ser autónoma; ter um telefone/ telemóvel para comunicar com a equipa da UHD; e ter condições higiénico-sanitárias básicas e de habitabilidade. É necessário salvaguardar que não são candidatos ao internamento em HD as pessoas que não cumpram os critérios acima mencionados ou que para além destes apresentem patologia psiquiátrica descompensada, abuso de substâncias ilícitas ou dependência alcoólica ativa.

Após a pessoa ser admitida, é realizada a visita domiciliária pelo enfermeiro e pelo médico. O enfermeiro realiza a avaliação inicial de enfermagem, onde recolhe dados, identifica os diagnósticos e as respetivas 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®.

O SHD funciona 24 horas por dia, sete dias por semana, nos 365 dias do ano. As pessoas recebem pelo menos uma visita diária (ou mais dependendo da situação clínica), sendo que nos dias úteis de manhã a visita é conjunta com enfermeiro e médico, e nos turnos da tarde e fins-de-semana a visita é efetuada pelo enfermeiro. No turno da noite

enfermeiro e médico estão em regime de prevenção, podendo deslocar-se ao domicílio sempre que necessário, bem como o médico também se encontra em regime de prevenção quando não está em presença física. A equipa de enfermagem é composta por 13 enfermeiros: um enfermeiro gestor, sete EEER, um Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária (EEEC) e os restantes são enfermeiros de cuidados gerais. Durante o período em que decorreu o estágio, dois enfermeiros encontravam-se ausentes do serviço, por gravidez de risco. A equipa interdisciplinar é constituída ainda por quatro médicos, sendo um o diretor clínico do SHD, uma assistente social, uma nutricionista, uma farmacêutica, uma assistente operacional e uma assistente técnica.

O processo de internamento na HD inicia-se com uma referenciação à equipa da UHD pelo médico do serviço onde a pessoa se encontra internada. Após essa referenciação no turno da manhã, a equipa analisa os pedidos e procede à visita de pós-referenciação, de forma a validar se a pessoa cumpre os critérios de admissão. A visita é realizada pela equipa (médico, enfermeiro gestor ou EEER e assistente social), e nesse sentido procede-se à discussão clínica, de forma a estabelecerem os objetivos pretendidos e adequar o melhor plano de cuidados à pessoa. Após a visita, o EEER: realiza a avaliação inicial de enfermagem; elabora o plano de cuidados de enfermagem, de acordo com a situação clínica da pessoa; identifica os DE e respetivas intervenções direcionadas quer à pessoa, quer ao familiar cuidador; e regista as atitudes terapêuticas adequadas. Durante o turno da manhã também, se realiza a reunião clínica diária, com a presença dos enfermeiros e médicos, sendo efetivadas e programadas as visitas de seguimento, assim como a avaliação de novas referenciações. De seguida, após discussão dos casos clínicos, seguem-se as visitas supramencionadas, entre elas as admissões ou altas.

No turno da tarde continuam-se a realizar as visitas de seguimento e também visitas destinadas à enfermagem de reabilitação uma vez que é neste horário que há tempo disponível para a implementação do programa de reabilitação. É durante este turno que os EEER realizam os programas de reabilitação, na medida em que prestam cuidados de enfermagem seguros e de qualidade, de acordo com as normas e os procedimentos definidos pela UHD, salvaguardando um correto estabelecimento de prioridades, tendo como referência uma conceção de cuidados centrada nas necessidades da pessoa e/ou familiar cuidador.

2.2 ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL: FORMAÇÃO EM SERVIÇO

2.2.1 Diagnóstico de situação

No decurso do estágio de opção, e a pós discussão com a Enfermeira-tutora, constatou-se que uma das áreas que requeria uniformização na documentação dos cuidados, bem como otimização no procedimento de identificação precoce de alterações é a área da deglutição, por essa razão, assumiu-se que esta seria a necessidade em cuidados de enfermagem que se iria trabalhar.

Através de uma revisão narrativa, verificou-se que os focos mais direcionados para a pessoa com disfagia seriam a “deglutição” e a “aspiração”.

Neste sentido, decidiu-se realizar uma análise retrospectiva e verificar se os enfermeiros do SHD realizavam na admissão a avaliação da deglutição e, por conseguinte, a identificação desses focos de atenção.

Como referem Oliveira et al. (2020), o foco “deglutição” é valorizado na prática, embora os enfermeiros tenham dificuldade no seu registo. Os mesmos autores sugerem que estes constrangimentos estão inerentes ao próprio sistema de informação e às próprias competências dos profissionais. Não obstante, a evidência científica aponta no sentido de ser necessário que os profissionais melhorem a gestão da informação na sua prática (Oliveira et al. 2020).

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2007), os sistemas de informação devem cumprir na íntegra os objetivos para os quais foram projetados, sendo dotados de capacidade para servir de suporte legal dos cuidados de enfermagem prestados, facilitar os processos de gestão e formação, promover a investigação, promover a continuidade de cuidados e dar visibilidade aos contributos dos cuidados de enfermagem prestados, nomeadamente mostrando os ganhos em saúde para as populações.

Assim, para perceber a realidade do contexto, e com o objetivo de se fazer um diagnóstico de situação o mais realístico possível, procedeu-se à colheita dos dados informáticos através do aplicativo SClínico[®], das pessoas admitidas no SHD no período compreendido entre 1 de janeiro de 2022 a 30 de junho de 2022. Os dados colhidos foram os seguintes: dados sociodemográficos dos utentes; dias de internamento; diagnóstico de admissão; antecedentes pessoais; avaliação da deglutição na admissão da pessoa;

identificação dos focos de “deglutição” e de “aspiração” e os ensinamentos realizados, nas pessoas com alterações de deglutição ou com alimentação entérica. Os dados colhidos foram analisados no programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences*[®] (SPSS[®]) versão 25.0. A realização do presente estudo foi autorizada pelo Conselho de Administração e pela Comissão de Ética para a Saúde do hospital em 24 de setembro de 2021, uma vez que se encontra ao abrigo do “Programa de Enfermagem de Reabilitação de Intervenção no Domicílio – Otimizar, Tratar e Orientar” (PERIDOTO) (*anexo I*).

Relativamente à caracterização sociodemográfica e clínica das pessoas internadas, a amostra foi constituída por 141 utentes, sendo a maioria do género masculino (n = 86; 60,3%). A idade dos participantes varia entre os 19 e os 102 anos, sendo a média de idades de aproximadamente 74 anos (M = 74,20; DP = 17,55). Em relação aos dias de internamento, este varia entre um dia a 65 dias no máximo (M= 10,34; DP= 9,75).

Uma vez que os utentes apresentam uma grande diversidade de diagnósticos médicos, optou-se por os agrupar de acordo com os sistemas fisiológicos: doenças do sistema urinário (exemplo: infeções do trato urinário (n= 40; 28,4%); doenças do sistema respiratório (exemplo: pneumonias de aspiração, pneumonias adquiridas na comunidade, infeções respiratórias, doença obstrutiva crónica (n=34; 24,1%); doenças do sistema músculo-esquelético (exemplo: prótese total da anca / prótese total do joelho infetadas, osteomielite) (n=20; 14,2%); e doenças hematológicas (exemplo: anemias) (n=14; 9,9%). Estes diagnósticos vão ao encontro das categorias identificadas por Azevedo (2020), que refere que as patologias mais frequentes nas UHD são: infeções respiratórias; infeções urinárias; infeções da pele e tecidos moles; insuficiência cardíaca; infeção de feridas operatórias e próteses.

Relativamente aos antecedentes médicos mais frequentes as pessoas apresentaram doenças do sistema neurológico (exemplo: demência, AVC, Parkinson, Alzheimer) (n= 67; 47,5%); doenças do sistema respiratório (n=39; 27,7%); e neoplasias (n=22; 15,6%). É importante ter este conhecimento, na medida em que as alterações da deglutição poderão não ser consequência da patologia aguda que despoletou o internamento, mas ser de causa antiga (exemplo: AVC, traumatismo crânio encefálico, Parkinson, Alzheimer) (ASHA, 2020).

Analisou-se ainda o número de pessoas internados a quem foi realizada a avaliação da deglutição através do teste de GUSS. Nesse sentido, constatou-se que não

foi realizada a avaliação da deglutição a 92 utentes (65,2%), 12 utentes (8,5%) foram avaliados e apresentavam compromisso da deglutição e 37 utentes (26,2%) foram avaliados e não apresentavam alterações na deglutição. Verificou-se ainda que dos utentes que teriam compromisso da deglutição, foi apenas identificado em um (0,7%) o foco de “Deglutição” e o DE de “Deglutição comprometida”.

Como refere Araújo (2021), a deglutição comprometida pode conduzir à aspiração e, conseqüentemente, resultar em problemas graves, daí ser necessário a identificação do “Risco de aspiração” como diagnóstico de enfermagem. Nesse sentido, analisaram-se os registos que teriam identificado, o diagnóstico de enfermagem: “Risco de aspiração”, tendo-se verificado um número superior ao da deglutição, num total de $n=5$ (3,5%).

Como se verificou uma discrepância entre o número de pessoas identificados na avaliação inicial com alterações de deglutição e os identificados no SClínico[®] com os diagnósticos de enfermagem que se encontram associados a este compromisso, averiguou-se que teriam sido admitidos utentes que eram alimentados por sonda entérica decorrente de uma gastrostomia percutânea endoscópica (PEG) ou sonda nasogástrica (SNG). Constatou-se que dos 141 utentes, $n=4$ (2,8%) teriam SNG e $n=3$ (2,2%) eram alimentados por PEG. Assim, dos 12 utentes identificados com alterações da deglutição, apenas cinco apresentavam deglutição comprometida, sem terem nenhuma intervenção prescrita nesse domínio. Concluiu-se que foram corretamente identificados com o diagnóstico de enfermagem de “Risco de aspiração” cinco utentes, embora esteja seja um número reduzido, quando comparado com os utentes com alteração da deglutição.

Contudo, apesar dos diagnósticos de enfermagem se reportarem à pessoa internada, pode ser necessário colher dados sobre o familiar cuidador, uma vez que são eles quem vão ajudar a intervir junto deste, na medida que o cuidador exibe um grande contributo, na prevenção de complicações e como facilitador no seu processo de recuperação (Oliveira et al., 2020; Araújo et al., 2021). Deste modo, realizou-se uma identificação dos ensinamentos efetuado ao familiar cuidador, tendo-se verificado que foram prestados ensinamentos a 12 familiares cuidadores (cinco correspondem aos identificados com o DE “Risco de aspiração” e sete aos que eram alimentados através de PEG/SNG).

Fazendo uma reflexão da análise dos resultados obtidos, verificou-se que das 141 utentes, não foi realizada a avaliação do compromisso de deglutição a 92 utentes. Este dado é preocupante, na medida em que a maioria da população em estudo são envelhecidos,

e os diagnósticos médicos e antecedentes também são sugestivos de alteração na deglutição. Segundo WGO (2014), a disfagia é um problema com elevada prevalência, sendo que a nível mundial afeta: cerca 40% a 70% das pessoas com AVC; 51% de 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 evidencia uma vez mais a importância de se melhorar a documentação das práticas, já que por vezes o executado não corresponde ao documentado, podendo repercutir-se na conceção dos cuidados de enfermagem.

Com a finalidade de verificar o grau de conhecimento dos enfermeiros do SHD acerca da temática em estudo, foi criado um questionário. Este foi desenvolvido com base no protocolo de avaliação e atuação de enfermagem na abordagem à pessoa com disfagia elaborado pelo grupo de enfermagem de Reabilitação do centro hospitalar onde decorreu o estágio de opção, assim como teve em consideração a escala preconizada pela instituição (Escala de GUSS), bem como na revisão narrativa efetuada. O 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 a disfagia. A segunda parte é composta por oito perguntas sendo sete de escolha múltipla e uma de resposta aberta (*apêndice I*).

Antes da entrega do questionário, os enfermeiros assinaram um consentimento informado para a participação no estudo onde estavam explanados os objetivos do mesmo, assim como garantia a salvaguarda de todas as questões éticas, legais e de proteção de dados (*apêndice II*). O questionário foi entregue aos enfermeiros no decorrer do estágio de opção. 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, tendo um código aleatório. Foi solicitado aos enfermeiros que preenchessem um dos questionários e que guardassem o outro, para o preencherem depois de ser realizada a formação em serviço.

De salientar que a questão “Gostaria de receber formação adicional sobre a disfagia?”, foi apenas integrada no questionário de fase de diagnóstico de situação, sendo que a totalidade dos enfermeiros respondeu afirmativamente (n=9; 100%). Nesse sentido,

a opção por se realizar uma formação em serviço sobre a temática da disfagia, adveio da necessidade expressa pelos enfermeiros.

2.2.2 Definição dos objetivos

A enunciação dos objetivos constitui a base da motivação e orientação, visto que é em torno deles que se desenvolvem todas as atividades (Gil & Pessoni, 2020). De acordo com os mesmos autores, sem objetivos não é possível determinar estratégias e recursos adequados para alcançá-los, pelo que estes devem estar explícitos, de forma a possibilitar avaliar se foram atingidos.

Objetivo geral:

- Implementar um projeto de melhoria continua da qualidade no SHD.

Objetivos específicos:

- Compreender como os enfermeiros procedem à identificação dos focos “deglutição” e “aspiração”, através da análise dos registos informáticos;
- Identificar a necessidade de formação em serviço relativa à temática da disfagia e à intervenção do enfermeiro;
- Realizar uma RIL com a seguinte questão de partida: “Qual a metodologia utilizada na operacionalização da estratégia da supervisão clínica "formação contínua" para a melhoria da prática profissional?”;
- Planear, executar e avaliar uma formação em serviço sobre a temática da disfagia e a intervenção do enfermeiro (*apêndice III*), com o objetivo de:
 - ensinar/instruir e treinar a aplicar a Escala de GUSS
 - ensinar sobre a documentação dos cuidados de enfermagem relativa aos focos de “deglutição” e de “aspiração”;
 - elaborar um panfleto sobre a temática da disfagia para os utentes e familiares cuidadores (*apêndice IV*).

2.2.3 Planeamento

A fase do planeamento consiste na explicação das atividades propostas, com vista à obtenção dos objetivos propostos (Ruivo et al., 2010). Ainda de acordo com os mesmos autores, esta fase tem que respeitar os princípios do planeamento em saúde, estando em consonância não só com a seleção de estratégias, como também com a própria execução do projeto. Com base no diagnóstico de situação apresentado anteriormente, foi elaborado um quadro para apresentar os problemas e as respetivas estratégias de intervenção (quadro 2).

Quadro 2: *Problemas e estratégias de resolução do diagnóstico de situação*

Problemas	Estratégias
Défi ce de conhecimentos e de capacidades dos enfermeiros do SHD na identificação e registo dos DE “deglutição comprometida” e “risco de aspiração”.	Recolha e análise da documentação de enfermagem registada no SClínico® pelos enfermeiros, relativa aos focos “deglutição” e “aspiração”. Planeamento, execução e avaliação de uma formação em serviço sobre a temática da disfagia e a intervenção do enfermeiro (incluindo a conceção dos cuidados e o seu registo informático).
Determinar qual a metodologia utilizada na operacionalização da estratégia da supervisão clínica "formação contínua" para a melhoria da prática profissional.	Elaboração da RIL: “A formação contínua como estratégia de supervisão clínica”.
Ausência de um panfleto sobre a disfagia, que possibilite aos utentes e/ou familiares cuidadores sustentar o conhecimento e as capacidades sobre a temática.	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 do SHD.

2.2.4 Execução/ avaliação

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 construído pelos autores. A utilização do questionário permitiu constatar que os enfermeiros consideravam pertinente a realização de uma formação em serviço sobre a temática da disfagia. Assim, esta formação em serviço foi planeada no sentido de aumentar o conhecimento e a capacidade dos enfermeiros para a identificação e o registo dos DE “deglutição comprometida” e “risco de aspiração”, tendo sido executada no último dia de estágio.

Na formação em serviço participaram os nove enfermeiros da equipa do SHD, sendo os mesmos que responderam ao questionário na fase de diagnóstico de situação, no sentido de se emparelhar os dados obtidos, para se proceder à análise estatística, quando se realizou a colheita de dados. Foi um grupo pequeno de formandos, onde se recorreu ao formato Power Point® para auxiliar na transmissão da informação, e teve uma duração de 40 minutos, uma vez que teve a parte prática.

Nesta etapa voltou-se a proceder ao mesmo *modus operandis* da fase de diagnóstico de situação, ou seja, após a execução da formação em serviço, solicitou-se aos enfermeiros que voltassem a preencher o mesmo questionário, com o objetivo de se analisar as respostas e verificar se houve, de facto, um aumento no conhecimento e na capacidade dos enfermeiros para identificar e registar as alterações relacionadas com uma “deglutição comprometida” e o “risco de aspiração”.

Seguidamente irão apresentar-se os resultados relativos à caracterização sociodemográfica dos enfermeiros (primeira parte do questionário). Posteriormente, irão ser explanados os resultados relativamente ao conhecimento dos enfermeiros sobre a disfagia (segunda parte do questionário).

Em relação à caracterização sociodemográfica, a amostra é constituída por 9 enfermeiros, sendo a maioria do género feminino (n=7; 77,8%). A idade dos participantes varia entre os 35 e os 54 anos, sendo a média de idades de aproximadamente 42 anos

(M=42,33; DP=5,96). Relativamente ao tempo de exercício profissional dos participantes, este varia entre 12 a 33 anos, sendo a média de tempo de trabalho enquanto enfermeiros de 20 anos (M=19,67; DP=6,754).

Quanto ao título profissional, a maioria dos participantes possui a categoria de enfermeiro especialista (n=5; 55,6%) sendo que 4 (44,54%) têm especialidade em Enfermagem de Reabilitação. Dos EEER, 3 (33,3%) detém ainda o grau de mestre na área da Psicologia, da Supervisão Clínica em Enfermagem, e da Gestão e Chefia. Os restantes enfermeiros possuem a categoria de enfermeiro (n=3; 33,3%), à exceção de um enfermeiro que exerce funções de gestão (n=1; 11,1%).

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 às respostas 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, todos os enfermeiros souberam identificar corretamente quais os grupos de risco a quem deve ser realizado, o mais precocemente possível, o rastreio da disfagia.

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

	Pré-formação	Pós-formação
Idosos	7 (77,8%)	9 (100%)
Doentes com patologia do foro neurológica, neuro degenerativa e respiratórias	9 (100%)	9 (100%)
Doentes com tumores de cabeça e pescoço	8 (88,9%)	9 (100%)
Doentes com patologia do foro psiquiátrico	3 (33,3%)	0
Doentes com idade <60anos	1 (11,1%)	0

A tabela 2 é referente às respostas dos enfermeiros, antes e após a formação, relativamente à questão 2 do questionário. Verifica-se que apenas um enfermeiro desconhecia ou nunca utilizou a Escala de GUSS. Na fase de pré- formação, o enfermeiro que na questão 2 respondeu que nunca utilizou a escala de GUSS avançou para a questão 5 (tal como se encontra indicado no próprio questionário).

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

	Pré- formação	Pós- formação
Sim	8 (88,9%)	9 (100%)
Não	1 (11,1%)	0

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 no conhecimento dos enfermeiros sobre os mesmos.

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

	Deglutição_ Pré- formação	Deglutição_ Pós- formação
Sim	5 (55,6%)	9 (100%)
Não	3 (33,3%)	—
Não aplicável	1 (11,1%)	—
	Estado de Vigília_ Pré- formação	Estado de Vigília_ Pós- formação
Sim	4 (44,4%)	5 (55,6%)
Não	4 (44,4%)	4 (44,4%)
Não aplicável	1 (11,1%)	—

Tabela 3: Respostas dos enfermeiros relativas à questão 3 do questionário “Relativamente à avaliação direta da deglutição da Escala de GUSS, os critérios de avaliação são:” Continuação

	Deglutição_ Pré- formação	Deglutição_ Pós- formação
	Tosse involuntária_ Pré- formação	Tosse involuntária_ Pós- formação
Sim	5 (55,6%)	8 (88,9%)
Não	3 (33,3%)	1 (11,1%)
Não aplicável	1 (11,1%)	—
	Sialorreia_ Pré- formação	Sialorreia_ Pós- formação
Sim	7 (77,8%)	9 (100%)
Não	1 (11,1%)	—
Não aplicável	1 (11,1%)	—
	Deglutição seletiva_ Pré- formação	Deglutição seletiva_ Pós- formação
Sim	6 (66,7%)	4 (44,4%)
Não	2 (22,2%)	5 (55,6%)
Não aplicável	1 (11,1%)	—
	Alteração da voz_ Pré- formação	Alteração da voz_ Pós- formação
Sim	6 (66,7%)	7 (77,8%)
Não	2 (22,2%)	2 (22,2%)
Não aplicável	1 (11,1%)	—
	Mastigação descoordenada_ Pré- formação	Mastigação descoordenada_ Pós- formação
Sim	4 (44,4%)	2 (22,2%)
Não	4 (44,4%)	7 (77,8%)
Não aplicável	1 (11,1%)	—

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: Respostas dos enfermeiros relativas à questão 4: “Relativamente à avaliação indireta da deglutição da Escala de GUSS, os critérios de avaliação são:”

	Estado de vigília _Pré- formação	Estado de vigília _ Pós- formação
Sim	6 (66,7%)	7 (77,8%)
Não	2 (22,2%)	2 (22,2%)
Não aplicável	1 (11,1%)	—
	Tosse involuntária/limpeza faríngea _Pré-formação	Tosse involuntária/limpeza faríngea _ Pós-formação
Sim	4 (44,4%)	8 (88,9%)
Não	4 (44,4%)	1 (11,1%)
Não aplicável	1 (11,1%)	—
	Deglutição seletiva _Pré- formação	Deglutição seletiva _ Pós- formação
Sim	4 (44,4%)	3 (33,3%)
Não	4 (44,4%)	6 (66,7%)
Não aplicável	1 (11,1%)	—
	Perda de apetite _Pré- formação	Perda de apetite _Pós- formação
Sim	1 (11,1%)	—
Não	7 (77,8%)	9 (100%)
Não aplicável	1 (11,1%)	—
	Sialorreia _Pré-formação	Sialorreia _ Pós-formação
Sim	5 (55,6%)	9 (100%)
Não	3 (33,3%)	—
Não aplicável	1 (11,1%)	—
	Alteração da qualidade da voz _Pré-formação	Alteração da qualidade da voz _ Pós-formação
Sim	5 (55,6%)	9 (100%)
Não	3 (33,3%)	—
Não aplicável	1 (11,1%)	—
	Falta de dentição _Pré- formação	Falta de dentição _ Pós- formação
Sim	1 (11,1%)	6 (66,7%)
Não	7 (77,8%)	3 (33,3%)
Não aplicável	1 (11,1%)	—

Em relação à questão 5, esta pretendia avaliar o conhecimento dos enfermeiros sobre os sinais de alerta que poderiam estar presentes na pessoa com disfagia, tendo-se verificado, uma vez mais, que após a formação ministrada, verificou-se um aumento do conhecimento por parte destes profissionais de saúde.

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

	Alteração do estado de consciência _Pré-formação	Alteração do estado de consciência _Pós-formação
Sim	7 (77,8%)	8 (88,9%)
Não	2 (22,2%)	1 ((11,1%)
	Infeções Respiratórias frequentes _Pré-formação	Infeções Respiratórias frequentes _Pós-formação
Sim	8 (88,9%)	8 (88,9%)
Não	1 (11,1%)	1 (11,1%)
	Mastigação e deglutição descoordenada _Pré-formação	Mastigação e deglutição descoordenada _Pós-formação
Sim	9 (100%)	9 (100%)
Não	—	—
	Regurgitação nasal ou oral dos alimentos/líquidos _Pré-formação	Regurgitação nasal ou oral dos alimentos/líquidos _Pós-formação
Sim	5 (55,6%)	8 (88,9%)
Não	4 (44,4%)	1 (11,1%)
	Xerostomia _Pré-formação	Xerostomia _Pós-formação
Sim	1 (11,1%)	1 (11,1%)
Não	8 (88,9%)	8 (88,9%)

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

	Tossir durante ou após a ingestão de alimentos/líquidos, mesmo alguns minutos após_Pré-formação	Tossir durante ou após a ingestão de alimentos/líquidos, mesmo alguns minutos após_Pós-formação
Sim	9 (100%)	9 (100%)
Não	—	—
	Acumulação de resíduos alimentares_Pré-formação	Acumulação de resíduos alimentares_Pós-formação
Sim	9 (100%)	9 (100%)
Não	—	—
	Aumento de apetite_Pré-formação	Aumento de apetite_Pós-formação
Sim	1 (11,1%)	—
Não	8 (88,9%)	9 (100%)
	Dificuldade em gerir secreções orais ou sialorreia_Pré-formação	Dificuldade em gerir secreções orais ou sialorreia_Pós-formação
Sim	9 (100%)	8 (88,9%)
Não	—	1 (11,1%)

Na tabela 6 apresentam-se os resultados obtidos através da questão 6 do questionário, relacionada com as estratégias facilitadoras da deglutição, que o enfermeiro deve realizar ao prestador de cuidados 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 ainda aumentou mais.

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

	Posicionamento _ Pré- formação	Posicionamento _ Pós- formação
Sim	9 (100%)	9 (100%)
Não	—	—
	Adaptação da consistência alimentar _Pré-formação	Adaptação da consistência alimentar _Pós-formação
Sim	8 (88,9%)	9 (100%)
Não	1 (11,1%)	—
	Direcionar a colher de baixo para cima, de modo a promover a extensão do pescoço _ Pré-formação	Direcionar a colher de baixo para cima, de modo a promover a extensão do pescoço _ Pós-formação
Sim	3 (33,3%)	4 (44,4%)
Não	6 (66,7%)	5 (55,6%)
	Equipamentos adaptativos _Pré-formação	Equipamentos adaptativos _Pós-formação
Sim	5 (55,6%)	9 (100%)
Não	4 (44,4%)	—
	Prótese dentária bem adaptada _Pré-formação	Prótese dentária bem adaptada _Pós-formação
Sim	8 (88,9%)	9 (100%)
Não	1 (11,1%)	—
	Impedir a alimentação por mão própria _Pré-formação	Impedir a alimentação por mão própria _Pós-formação
Sim	—	—
Não	9 (100%)	9 (100%)
	Higiene oral _Pré-formação	Higiene oral _ Pós-formação
Sim	7 (77,8%)	9 (100%)
Não	2 (22,2%)	—
	Espessante _Pré-formação	Espessante _Pós-formação
Sim	9 (100%)	9 (100%)
Não	—	—

Relativamente à questão 7 do questionário, com o intuito de clarificar os resultados obtidos, optou-se por se apresentar duas tabelas. Assim, a primeira diz respeito aos focos de atenção identificados pelo enfermeiro, enquanto que a tabela 8 relaciona-se com os DE identificados.

Assim, através da análise dos resultados obtidos na tabela 7, verifica-se que após a formação em serviço, os enfermeiros aumentaram o seu conhecimento relativamente à identificação dos focos mais direcionados para a pessoa com deglutição comprometida.

Tabela 7: Respostas dos enfermeiros relativas à questão 7: “Após avaliar o doente com disfagia, qual(ais) o(s) foco(s) de atenção que regista no S-Clinico®.”

	Deglutição_Pré-formação	Deglutição_Pós-formação
Sim	6 (66,7%)	9 (100%)
Não	3 (33,3%)	—
	Aspiração_Pré-formação	Aspiração_Pós-formação
Sim	2 (22,2%)	8 (88,9%)
Não	7 (77,8%)	1 (11,1%)
	Outros_Pré-formação	Outros_Pós-formação
Sim	6 (66,7%)	1 (11,1%)
Não	3 (33,3%)	8 (88,9%)

No que concerne à tabela 8, esta diz respeito aos DE que os enfermeiros identificariam caso a pessoa apresentasse alterações na deglutição. É, no entanto, de salientar que, apesar de estar explanado no protocolo da organização que o enfermeiro generalista apenas deve registar o foco “deglutição”, sendo da competência do EEER a identificação do DE “deglutição comprometida” (no sentido de prescrever os exercícios específicos realizados à pessoa com disfagia), todos os enfermeiros da amostra responderam a esta questão. Em relação aos DE “deglutição comprometida” e “risco de aspiração”, verifica-se que após a formação há um maior número de enfermeiros que procede corretamente à sua identificação.

Tabela 8: Respostas dos enfermeiros relativas à questão 7 do questionário: “E qual(ais) o(s) diagnóstico(s) de enfermagem que identifica.”

	Deglutição comprometida_Pré- formação	Deglutição comprometida_Pós- formação
Sim	3 (33,3%)	7 (77,8%)
Não	6 (66,7%)	2 (22,2%)
	Risco de aspiração_Pré- formação	Risco de aspiração_Pós-formação
Sim	6 (66,7%)	8 (88,9%)
Não	3 (33,3%)	1 (11,1%)
	Outros diagnósticos de enfermagem_Pré-formação	Outros diagnósticos de enfermagem_Pós-formação
Sim	2 (22,2%)	1 (11,1%)
Não	7 (77,8%)	8 (88,9%)
	Potencial para melhorar o Conhecimento_pré-formação	Potencial para melhorar o Conhecimento_Pós-formação
Sim	2 (22,2%)	3 (33,3%)
Não	7 (77,8%)	6(66,7%)
	Potencial para melhorar a capacidade_Pré-formação	Potencial para melhorar a capacidade_Pós-formação
Sim	2 (22,2%)	3 (33,3%)
Não	7 (77,8%)	6(66,7%)
	Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados_Pré-formação	Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados_Pós-formação
Sim	2 (22,2%)	3 (33,3%)
Não	7 (77,8%)	6(66,7%)

2.2.5 Divulgação dos resultados

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

Num estudo realizado por Rummel et al. (2019), os participantes referiram a importância de as formações em serviço serem realizadas em pequenos grupos e serem

presenciais, no sentido de permitir o questionamento e a partilha de vivências. Nesse mesmo estudo foi aplicado um teste pré e pós formação, tendo-se verificado um aumento do conhecimento dos participantes. Além disso, os participantes verbalizam que, após a formação, se sentiam mais capazes de cuidar dos seus utentes. Já Beaudry e Scottodimaso (2020) realizaram um estudo onde implementaram um programa de formação sobre cateteres venosos centrais, num serviço hospitalar, tendo utilizado diferentes modalidades de ensino, tais como: métodos visuais, auditivos e táteis. Após a realização dessa formação, os participantes responderam a um questionário, tendo-se verificado um aumento no nível de conhecimento dos enfermeiros acerca da temática, o que demonstra que o recurso a diferentes modalidades de ensino foi eficaz. Salienta-se ainda o estudo realizado por Rummel et al. (2019), que referem que a necessidade de educação em vários formatos demonstrou-se essencial para o sucesso dos enfermeiros no ambiente de saúde em constante mudança. Assim sendo, optou-se por realizar a formação em serviço com recurso a uma apresentação em formato PowerPoint® (apêndice III), assim como realizar a demonstração prática da aplicação da escala de GUSS, exemplificando os diferentes tipos de consistências da dieta e o espessamento dos líquidos. Todas estas estratégias e apresentação dos diferentes equipamentos adaptativos constituíram-se como elementos facilitadores para a dinamização da formação em serviço.

Através da análise das tabelas apresentadas no subcapítulo anterior, 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 o desempenho do formador, foi entregue aos enfermeiros outro questionário (*anexo II*). De ressaltar que este questionário foi cedido pelo serviço onde decorreu o estágio de opção, sendo este o preconizado pela instituição de saúde. Este questionário é constituído por duas partes: a primeira parte diz respeito à avaliação propriamente dita da formação (nível de conceção do programa e a sua adequação aos objetivos; a correspondência do conteúdo da ação às expectativas criadas, a utilidade dos conhecimentos adquiridos; a condução a novos procedimentos e mudanças de comportamentos; a adequação da duração da ação aos objetivos; e os aspetos logísticos, tais como instalações, equipamentos e apoio); e a segunda parte reporta-se à avaliação do desempenho do formador (clareza da exposição; captação da atenção e

motivação dos participantes; tratamento do tema de acordo com as expectativas; transposição dos temas para a prática; e assiduidade e pontualidade do formador). Todas as questões são avaliadas numa escala de Likert de quatro pontos, sendo que um corresponde a “nada satisfeito” e quatro pontos a “muito satisfeito”.

Na tabela 9 apresentam-se os resultados obtidos relativamente à primeira parte do questionário de avaliação da satisfação dos enfermeiros relativamente à formação em serviço. Pode-se verificar que todos os enfermeiros ficaram muito satisfeitos com a formação em serviço ministrada nos sete domínios.

Tabela 9: *Grau de satisfação dos participantes relativamente aos diferentes domínios da formação em serviço.*

Avaliação	Grau de satisfação	Participantes
Objetivos	Muito satisfeito	n=9 (100%)
Conteúdo	Muito satisfeito	n=9 (100%)
Expectativas	Muito satisfeito	n=9 (100%)
Utilidade	Muito satisfeito	n=9 (100%)
Procedimentos	Muito satisfeito	n=9 (100%)
Duração	Muito satisfeito	n=9 (100%)
Logística	Muito satisfeito	n=9 (100%)

Na tabela 10, apresentam-se os resultados relativos ao grau de satisfação dos enfermeiros com o desempenho do formador. Verifica-se que os enfermeiros ficaram muito satisfeitos o desempenho do formador nos cinco domínios.

Tabela 10: *Grau de satisfação dos participantes relativamente aos diferentes domínios do desempenho do formador.*

Itens a avaliar	Grau de Satisfação	Participantes
Clareza	Muito satisfeito	n=9 (100%)
Atenção e motivação	Muito satisfeito	n=9 (100%)
Expectativas	Muito satisfeito	n=9 (100%)
Transposição	Muito satisfeito	n=9 (100%)
Assiduidade e pontualidade	Muito satisfeito	n=9 (100%)

3. REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA (ARTIGO)

Artigo de revisão

A FORMAÇÃO CONTÍNUA COMO ESTRATÉGIA DE SUPERVISÃO CLÍNICA: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

CONTINUOUS TRAINING AS A CLINICAL SUPERVISION STRATEGY: AN INTEGRATIVE LITERATURE REVIEW

LA FORMACIÓN CONTINUA COMO ESTRATEGIA DE SUPERVISIÓN CLÍNICA: UNA REVISIÓN INTEGRADORA DE LA LITERATURA

Ana Isabel da Silva Boavista¹, Joana Vieira², Tânia Rodrigues³, Inês Rocha⁴

Objetivo: analisar a evidência relativa à formação contínua como estratégia de supervisão clínica. Método: revisão integrativa da literatura, cuja colheita de dados foi realizada em novembro de 2022, no agregador EBSCO Host. Resultados: a amostra final foi composta por 8 artigos, sendo que a sua análise permitiu verificar que há um aumento significativo no conhecimento dos enfermeiros após as sessões de formação. Constatou-se que os enfermeiros preferem as sessões de formação presenciais e em pequenos grupos, com recurso a estilos de aprendizagem mais visuais e em formato power point®. Conclusão: as sessões de formação ministradas pelos pares são eficazes, uma vez que potenciam o desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros.

Descritores: Enfermagem. Educação Continuada. Preceptoría

Objective: to analyze the evidence regarding continuous training as a clinical supervision strategy. Methods: integrative literature review, data collection was performed in November 2022, in the EBSCO Host aggregator. Results: the final sample consisted of 8 articles, and their analysis allowed us to verify that there is a significant increase in nurses' knowledge after the training sessions. It was also found that nurses prefer face-to-face training sessions in small groups, using more visual learning styles and power point® format. Conclusion: training sessions performed by peers are effective, since they enhance the personal and professional development of nurses.

Descriptors: Nursing. Continuing Education. Preceptorship

1. Enfermeira. Mestranda na Escola Superior de Saúde Santa Maria, Porto, Portugal. E-mail: ana_sboavista@hotmail.com/
<https://orcid.org/0000-0003-4614-0087>

2. Enfermeira Mestre em Supervisão Clínica em Enfermagem. Enfermeira no Centro Hospitalar de S.João, EPE. <https://orcid.org/0000-0002-4379-3448>
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: analizar la evidencia relacionada con la formación continua como estrategia de supervisión clínica. Métodos: revisión integradora de la literatura, cuya recolección de datos se realizó en noviembre de 2022, en el agregador EBSCO Host. Resultados: la muestra final estuvo compuesta por 8 artículos, y su análisis permitió verificar que existe un aumento significativo en el conocimiento de los enfermeros después de las sesiones de capacitación. Se constató que los enfermeros prefieren sesiones de capacitación presenciales y en pequeños grupos, utilizando estilos de aprendizaje más visuales y en formato power point®. Conclusión: las capacitaciones impartidas por pares son efectivas, ya que potencian el desarrollo personal y profesional de los enfermeros.

Descriptor: Enfermería. Educación Continua. Preceptoría

Introdução

A Supervisão Clínica tem-se revelado uma área em desenvolvimento, apresentando um legado que evidencia o seu papel preponderante para melhorar não só a qualidade e a segurança dos cuidados de enfermagem, mas também o desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros, assim como a satisfação dos clientes, além de potenciar os processos de gestão de qualidade das organizações de saúde⁽¹⁾.

Enquanto promotora da reflexão, da segurança, e da qualidade dos cuidados, a Supervisão Clínica em Enfermagem (SCE), tem ganho cada vez mais evidência, na medida que a oferta formativa disponibilizada tem sido variada, quer pelas organizações de saúde, quer pelas instituições de ensino superior, o que por sua vez se traduz em ganhos na investigação e na evidência disponível⁽²⁾.

A SCE serve como veículo importante na promoção do desenvolvimento profissional dos enfermeiros, uma vez que potencia a prática baseada na evidência⁽³⁾. A sua implementação nos contextos da prática torna-se essencial, na medida em que viabiliza uma prestação de cuidados segura e de qualidade⁽⁴⁾. Assim sendo, as estratégias de supervisão clínica permitem esta operacionalização da SCE, viabilizando o desenvolvimento de competências pessoais e profissionais dos enfermeiros⁽⁴⁾.

A formação contínua, enquanto estratégia de SCE, possibilita a atualização de conhecimentos e práticas dos enfermeiros, podendo ser composta pelas sessões de formação em serviço ou pelas sessões de formação complementares⁽⁵⁾. Esta estratégia de

SCE desempenha, cada vez mais, um papel preponderante, uma vez que, procura dar resposta às necessidades dos enfermeiros, viabilizando, deste modo uma tomada de decisão mais consciente e eficaz, a fim de alcançar a excelência dos cuidados e das melhores práticas⁽²⁾.

Para que a formação contínua seja eficiente, devem ser tidos em consideração os estilos de aprendizagem preferidos pelos enfermeiros⁽⁶⁾. O conhecimento desses estilos pode ajudar a determinar como as informações são apreendidas e mobilizadas para a prática clínica, permitindo a adequação às particularidades de cada contexto⁽⁴⁾.

O objetivo desta revisão integrativa é analisar a evidência relativa à estratégia de formação contínua, com o intuito de perceber qual a melhor forma de a operacionalizar.

Método

Trata-se de um estudo de revisão integrativa da literatura, que teve como questão norteadora: “Qual a metodologia utilizada na operacionalização da estratégia da supervisão clínica “formação contínua” para a melhoria da prática profissional?”. Recorreu-se à estratégia PICO, em que: os participantes (P) são os enfermeiros; a intervenção (I) reporta-se à metodologia utilizada na operacionalização da estratégia da supervisão clínica: formação contínua; a comparação (C) não foi realizada; e, por último, outcomes (O)/ resultados refere-se à melhoria da prática profissional. A pesquisa realizou-se durante o mês de novembro 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: (“nurse*” NOT “student*”) AND (“strategie*” OR “method*”) AND (“preceptorship” OR “training*” OR “learning*” OR “education*” OR “lifelong learning”) AND (“professional development” OR “care continuum” OR “quality improvement”), com os seguintes filtros ativados: texto integral, espaço temporal de 2017-2022, nos idiomas inglês, português e espanhol, e em adultos.

Da pesquisa resultou a identificação de 361 artigos, em que 13 foram excluídos por estarem duplicados. Num primeiro momento, foi realizada uma análise crítica e reflexiva dos títulos e dos resumos de cada artigo, sendo que, dos 348 artigos, foram

excluídos 322. Posteriormente, procedeu-se à leitura do texto integral dos 26 artigos, tendo sido excluídos 18 estudos. Os motivos de exclusão prendem-se sobretudo ao facto de o objetivo dos estudos excluídos não responderem à questão PICO, sendo que, 10 artigos não abordam o tema formação contínua entre enfermeiros, 3 dos artigos explicam as estratégias utilizadas na formação, mas não apresentam dados/resultados dessas estratégias e cinco artigos os participantes não correspondem aos incluídos na questão de partida.

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

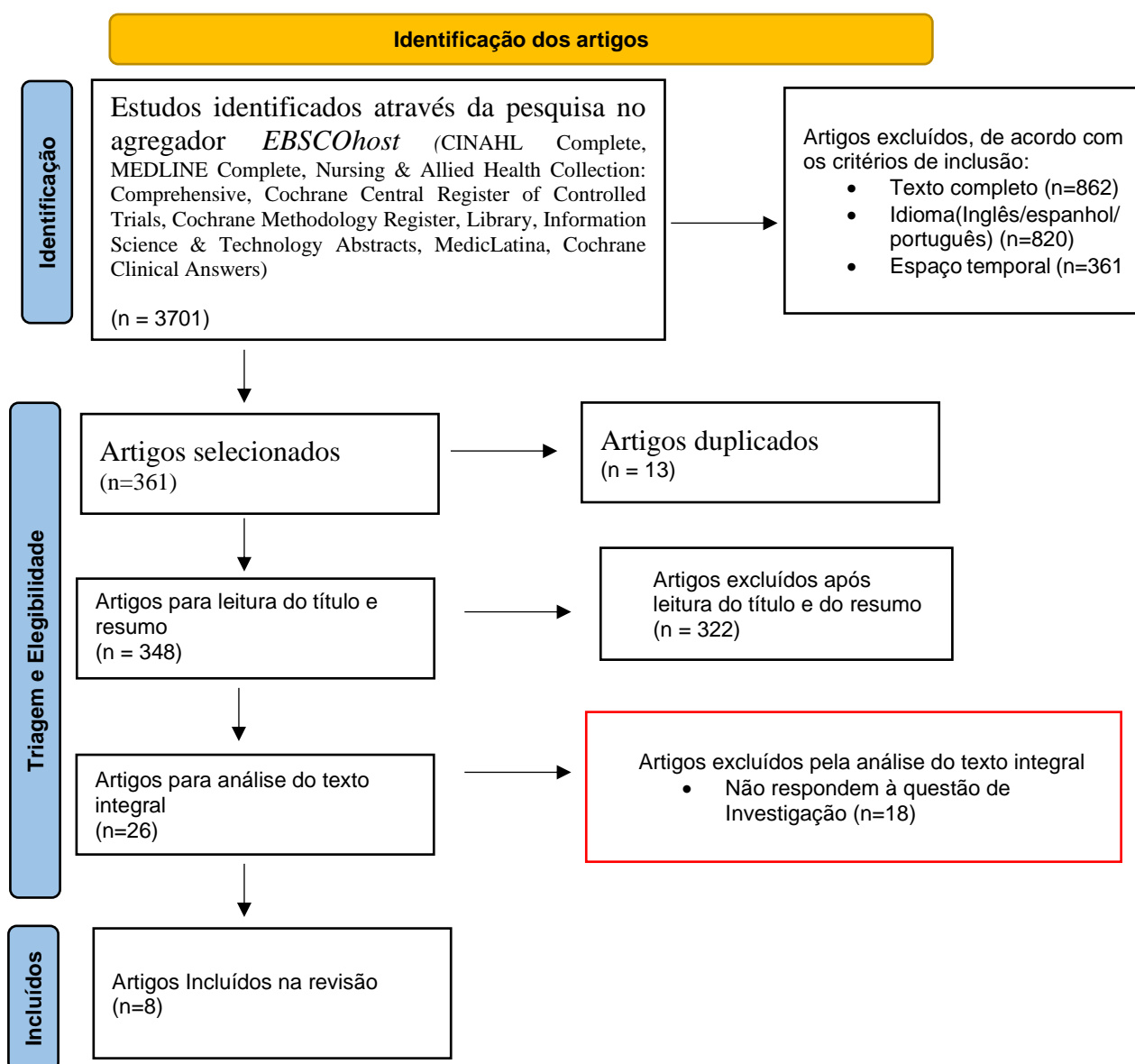


Diagrama 1- Processo de identificação dos estudos - PRISMA diagram flow. Fonte: Elaboração própria.

Resultados

Após a análise dos 8 artigos selecionados, com o objetivo de sintetizar os resultados encontrados, foram elaborados os quadros que se seguem. O quadro 1 apresenta os objetivos e os tipos de estudo de cada estudo incluído.

Quadro 1: Caracterização dos estudos incluídos na revisão integrativa segundo título do artigo, tipo de estudo e objetivo. Portugal, novembro, 2022

(continua)

Título do artigo	Tipo de estudo	Objetivos
Nurse Navigators – Leading the Way in Education: Development and Implementation of a Cancer Program for Support Staff ⁽⁶⁾	Qualitativo	Aperfeiçoar o conhecimento de uma equipa de suporte oncológico e ajudá-los a entender melhor a experiência do paciente com cancro. Um objetivo secundário era educar a equipa sobre o papel do enfermeiro que trabalha no serviço de oncologia e destacar os vários recursos disponíveis para os pacientes.
Learning Style Preferences of Practicing Nurses ⁽⁷⁾	Qualitativo e quantitativo	Determinar os estilos de aprendizagem preferidos dos enfermeiros, na medida em que esse conhecimento possa ajudar a determinar como as informações são aprendidas e retidas. Incluir estilos de aprendizagem preferidos com a identificação das necessidades de aprendizagem de uma variedade de fontes pode ajudar os enfermeiros a desenvolver, implementar e avaliar um programa abrangente de desenvolvimento profissional contínuo.
Implementing a Standardized Communication Tool in an Intensive Care Unit ⁽⁸⁾	Qualitativo	O objetivo deste projeto foi implementar uma ferramenta de comunicação padronizada para melhorar a comunicação entre enfermeiros numa unidade de cuidados intensivos. O objetivo principal foi melhorar a percepção

		<p>dos enfermeiros sobre a qualidade da comunicação.</p> <p>Melhorar a percepção de precisão e pontualidade da comunicação.</p> <p>Aumentar as percepções de tomada de decisão compartilhada entre enfermeiros.</p>
Impact of Educational Intervention in Reducing 30-Day Heart Failure Readmission ⁽⁹⁾	Qualitativo e quantitativo	Aumentar o conhecimento dos enfermeiros sobre o autocuidado em utentes com insuficiência Cardíaca (IC).
Enhancing Advance Care Planning Conversations by Nurses in a Bone Marrow Transplantation Unit ⁽¹⁰⁾	Qualitativo e quantitativo	Descrever o impacto da educação do planeamento antecipado de cuidados, na confiança dos enfermeiros, no conhecimento e na prática do planeamento antecipado de cuidados e identificar as barreiras para facilitar a conversa sobre o planeamento antecipado de cuidados numa unidade de transplante de medula óssea.
Empowering Nursing Staff to Identify Delirium and provide Intervention for Older Patients post Transcatheter Aortic Valve Implantation ProdecEDURE in a Cardiology Ward: A Quality Improvement project ⁽¹¹⁾	Qualitativo	O objetivo do projeto de melhoria da qualidade é capacitar a equipa de enfermagem para identificar o delírio e fornecer intervenção para utentes idosos após o procedimento de Implante da Válvula Aórtica num serviço de cardiologia.
Central Line Care: Reducing central line-associated bloodstream infections on a hematologic malignancy and stem cell transplant unit ⁽¹²⁾	Qualitativo e quantitativo	O objetivo deste estudo era reduzir as taxas de infeção associadas ao cateter central, concentrando-se nas práticas padronizadas associadas ao uso, cuidado e manutenção de todos os tipos de cateteres centrais.
Self-care educational intervention to reduce hospitalisations in heart failure: A randomised controlled trial ⁽¹³⁾	Qualitativo	O objetivo deste projeto foi implementar um protocolo de alta padronizado, baseado nas diretrizes de cuidados dos utentes com IC, internados nas Unidades de Cardiologia, de forma a melhorar o processo de alta e reduzir as taxas de readmissão hospitalar em 30 dias

Fonte: Elaboração própria

Na sequência da análise efetuada aos artigos selecionados, elaborou-se o quadro 2, que contempla os principais resultados de cada estudo.

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

(continua)

Artigo	Resultados
<p>Nurse Navigators – Leading the Way in Education: Development and Implementation of a Cancer Program for Support Staff⁽⁶⁾</p>	<p>Desenvolveram um programa educativo, em que toda a equipa poderia participar num curso Básico sobre o cancro da <i>Oncology Nursing Society</i>, mas adaptado para atender às necessidades dos participantes. Realizaram um pré e pós teste, na medida que foram utilizados para avaliar a melhoria no conhecimento oncológico da equipa. Uma vez que muitos participantes tinham conhecimentos básicos acerca do tema. A equipa referiu que preferia este tipo de apresentações presenciais e em pequenos grupos e que gostariam de ter mais oportunidades educacionais deste género, na medida que se sentiriam mais capazes e seguros para cuidar e melhorar os seus cuidados aos utentes.</p> <p>A formação resultou, na medida, que toda a equipa demonstrasse mais empatia sobre o tema e os capacitasse a resolver problemas e, por conseguinte, melhorar a qualidade dos cuidados ao utente. Verificou-se também que a formação foi eficaz e atingiu os objetivos do programa, uma vez que os resultados do pós-teste melhoraram.</p>
	<p>Realização de uma formação em serviço.</p>

Learning Style Preferences of Practicing Nurses ⁽⁷⁾	Os participantes referiram que tinham preferência pela aprendizagem visual sobre a aprendizagem verbal. O resultado deste estudo também indica que o sensorial e visual são os estilos de aprendizagem preferidos dos participantes independentemente do género, idade ou experiência.
Implementing a Standardized Communication Tool in an Intensive Care Unit ⁽⁸⁾	As intervenções educacionais experimentadas no estudo, em que incluía modelos, tais como exemplos clínicos e modelagem de papéis, ajudaram os enfermeiros a incorporar a temática da formação, neste caso a técnica ISBAR, na prática clínica.
Impact of Educational Intervention in Reducing 30-Day Heart Failure Readmission ⁽⁹⁾	Os enfermeiros assistiram a uma aula de 2 horas e realizaram pré/pós-testes sobre o conhecimento da gestão da IC, em que se verificou que foi eficaz na medida que os resultados do pós-teste foram melhores.
Enhancing Advance Care Planning Conversations by Nurses in a Bone Marrow Transplantation Unit ⁽¹⁰⁾	Os autores realizaram uma sessão educacional de 30 minutos (Microsoft PowerPoint® palestra com discussões abertas) sobre planeamento antecipado de cuidados. Os autores usaram um projeto pré/pós-teste de grupo único para avaliar a eficácia da intervenção educacional de 30 minutos na mudança da confiança e prática dos enfermeiros ⁽¹⁰⁾ . Após a sessão educacional, as perceções de barreiras, como falta de conhecimento, habilidades e treino, diminuíram para menos de 20%.
Empowering Nursing Staff to Identify Delirium and provide Intervention FOR Older Patients post Transcatheter Aortic Valve	Utilizaram o ciclo de Deming: (Planear, Fazer, Executar e Agir) - ciclos direcionados

<p>Implantation Procedure in a Cardiology Ward: A Quality Improvement project ⁽¹¹⁾</p>	<p>ao planeamento de projetos e à implementação de intervenções.</p> <p>Realizaram uma ação de formação para enfermeiros.</p> <p>O projeto de Melhoria da Qualidade foi bem recebido e útil, na medida, que aumentou a conscientização sobre o delirium e aumentou o conhecimento e a confiança dos enfermeiros no tratamento.</p>
<p>Central Line Care: Reducing central line-associated bloodstream infections on a hematologic malignancy and stem cell transplant unit ⁽¹²⁾</p>	<p>Realização de uma formação de 2h em que utilizaram diferentes modalidades de ensino tais como, métodos visuais, auditivos e táteis.</p> <p>Verificaram que foi uma metodologia eficaz uma vez que os conhecimentos dos enfermeiros melhoraram.</p>
<p>Self-care educational intervention to reduce hospitalisations in heart failure: A randomised controlled trial ⁽¹³⁾</p>	<p>Os métodos de ensino variaram e incluíram sessões didáticas individuais, transmitiram um vídeo, e realizaram as sessões de educação presenciais. Constatou-se que foram eficazes na medida que verificaram melhoria no conhecimento dos enfermeiros.</p>

Fonte: Elaboração própria

Discussão

A população está cada vez mais consciente dos seus direitos e mais preocupada em saber acerca dos seus problemas de saúde, pelo que se torna determinante, que os enfermeiros se mantenham atualizados e procurem integrar processos de formação contínua no desempenho do seu exercício profissional⁽⁷⁾. De facto, esta estratégia de SCE possibilita que os enfermeiros, atualizem e mobilizem os seus conhecimentos, o que se traduz numa prestação de cuidados mais ajustada às reais necessidades dos utentes e familiares cuidadores e, por isso, significativa para os mesmos⁽⁶⁾.

Assim, a formação contínua, na componente de sessão de formação em serviço, vem colmatar muitas das necessidades sentidas pelos enfermeiros em diferentes áreas de conhecimento. Verifica-se que através de um planeamento adequado, as sessões de formação em serviço visam promover o desenvolvimento de competências nos diferentes contextos de trabalho e melhorar os cuidados prestados aos utentes e familiares cuidadores⁽⁹⁾.

Tendo em consideração o fenómeno de *Global Nursing*, a estratégia de formação contínua demonstrou-se essencial para a melhoria do conhecimento dos enfermeiros, uma vez que lhes permite adequar a sua intervenção aos ambientes de saúde que se encontram em constante mudança⁽⁶⁾. As sessões de formação em serviço devem ser eficientes e inovadoras, permitindo acompanhar as oportunidades e potenciar o desenvolvimento pessoal e profissional do enfermeiro, relacionadas com a integração, a competência e a educação contínua, tendo como objetivo major o envolvimento e a discussão no seio da equipa de enfermagem⁽⁶⁾. Constatou-se, com a análise destes artigos, que os enfermeiros preferem os seguintes estilos de aprendizagem: sessões de formação presenciais e em pequenos grupos; sessões de formação didáticas, visuais, e com auxílio a exemplos práticos^(12,13).

Em suma, a formação contínua revela-se como uma estratégia essencial para o desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros, através da atualização de conhecimentos e práticas dos enfermeiros^(12,13).

Considerações finais

A análise dos artigos encontrados permitiu constatar que a implementação de programas formativos com recurso à estratégia de formação contínua e o investimento nesta estratégia favorece uma prestação de cuidados mais segura e de qualidade, uma vez que os enfermeiros desenvolvem competências no âmbito do conhecimento e do domínio instrumental, além de potenciar a sua capacidade crítico-reflexiva.

Nesse sentido, a presente revisão integrativa da literatura permitiu dar resposta a uma necessidade que se demonstrou pertinente para fomentar a implementação das sessões de formação em serviço, constituindo-se, assim, como um importante contributo para o avanço do conhecimento científico dos enfermeiros.

No entanto, apesar da evidência existente torna-se ainda necessário continuar a desenvolver investigação sobre esta temática, com o objetivo de melhorar e de motivar os enfermeiros a implementarem nos seus contextos sessões de formação em serviço, como estratégia potenciadora da melhoria contínua.

Referências

1. Carvalho M, Abreu W, Cruz S. Supervisão clínica em enfermagem: uma análise exploratória no contexto de uma UCI Neurocríticos. In:II Congresso Internacional de Supervisão Clínica: Livro de Comunicações & Conferências, [Internet].2015: [cited 2023Feb.13] 178-184 Available from: <http://hdl.handle.net/10400.26/31777>
2. Vieira J, Reis Santos M, Pires R, Pereira F. Quality indicators of professional practice of nurses: the caregiver role . Rev. Mill [Internet].2020. [cited 2023Feb.13];2(16):41-8. Available from: <https://revistas.rcaap.pt/millennium/article/view/24785>
3. Rocha I, Carvalho AL, Pinto CB, Rodrigues A, Rocha V. Impacto da Supervisão Clínica em Enfermagem na avaliação e intervenção no autocuidado. Rev. baiana enfermagem [Internet]. 2022 [cited 2023 Fev 13];35. Available from <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/43356>
4. Rocha I.A.D.R.E.S., Pinto, C.M.C.B.,Carvalho, A.L.R.F. Impact of clinical supervision on job satisfaction and emotional competence of nurses. Revista brasileira de enfermagem. 2021 [cited 2023 Fev 13];74. Available from doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0125
5. Gil AC, Pessoni A. Estratégias para o alcance de objetivos afetivos no ensino remoto. Rev. Docência Do Ensino Superior. [Internet]. 2020. [cited 2023 Fev 13], 10, 1-18. Available from doi.org/10.35699/2237-5864.2020.24493
6. Rummel M, Roy M, Miller E, Fanslau K, Boy D., Malloy M, Sweeney , Gambino Nurse Navigators – Leading the Way in Education: Development and Implementation of a Cancer Program for Support Staff, Journal of Oncology Navigation & Survivorship. [Internet]. 2019. [cited 2023 Fev 13] 10(11): 489-489. (3/4p) Available from [Doi.org/ 10.17226/25073](https://doi.org/10.17226/25073)

7. Mangol K, Kunze KL, Quinonez MM, Taylor LM, Tenison AJ. Learning Style Preferences of Practicing Nurses. *Journal for Nurses in Professional Development*, [Internet]. 2018 [cited 2023 fev 13];34(4):212-218. Available from:doi.org/10.1097/NND.0000000000000462
8. Murphy M, Engel JR., McGugan L, McKenzieR., Thompson JA, Turner K Implementing a Standardized Communication Tool in an Intensive Care Unit. *Critical Care Nurse* [Internet]. 2022 [cited 2023 Fev 13];42 (3), 56-64. Available from: Doi.org/10.4037/ccn2022154
9. Caluya JJr. Impact of Educational Intervention in Reducing 30-Day Heart Failure Readmission. *MEDSURG Nursing*, [Internet]. 2021 [cited 2023Feb.13] 30(5). 309-313. Available from: Doi:10.17533/udea.iee.v39n2e05
10. Izumi S, Burt M, Smith J , McCard, K, Fromme E. Enhancing Advance Care Planning Conversations by Nurses in a Bone Marrow Transplantation Unit. *Oncology Nursing Forum*, [Internet]. 2019[cited 2023 Fev 13]; 46(3), 287-288. Available from: Doi:10.1188/19.ONF.288-297
11. Bulled E. Empowering Nursing Staff to Identify Delirium and provide Intervention FOR Older Patients post Transcatheter Aortic Valve Implantation ProdecEDURE in a Cardiology Ward: A Quality Improvement project. *Age and Ageing*, [Internet]. 2020 [cited 2023 Fev 13]; 49, 7-8. Available from: doi: 10.1093/ageing/afz183.26
12. Beaudry J, ScottoDimaso K,. Central Line Care: Reducing central line-associated bloodstream infections on a hematologic malignancy and stem cell transplant unit. [Internet]. 2020[cited 2023 Fev 13] 24(2), 148-153., Available from: Doi -10.1188/20.CJON.148-152

A elaboração da RIL em formato de artigo respeitou as normas de publicação da Revista Baiana de Enfermagem, tendo inclusive já sido submetido para publicação.

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 a aquisição das competências inerentes ao grau de mestre. Assim sendo, irá efetuar-se uma análise reflexiva das atividades desenvolvidas ao longo do estágio, no qual se inclui um projeto de melhoria da qualidade, cujo objetivo é melhorar o conhecimento e as capacidades dos enfermeiros sobre a temática da deglutição e do risco de aspiração, com a finalidade de contribuir para a segurança e a qualidade dos cuidados prestados no SHD.

Segundo Phaneuf (2005), a aquisição de competências é um processo dinâmico, que permite à pessoa exercer com excelência um conjunto integrado de capacidades cognitivas, sócio afetivas, relacionais, organizacionais, saberes teóricos e habilidades técnicas. Para Benner (2001), as competências são adquiridas ao longo da vida profissional, de forma gradual e temporal, e no contexto de trabalho num caminho traçado passando do iniciado, a iniciante, a avançado, competente, proficiente e terminando no perito.

4.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Segundo o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (2019), os enfermeiros especialistas desempenham competências comuns:

“(...) 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.” (Ordem dos enfermeiros, 2019, p. 13565).

Os domínios das competências comuns do enfermeiro especialista dividem-se em quatro domínios: 1) o domínio da responsabilidade profissional, ética e legal; 2) a melhoria contínua da qualidade; 3) a gestão de cuidados; e 4) o desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento n.º 140/2019). Assim, e tendo em

consideração estes domínios, seguidamente irão relatar-se os objetivos delineados para o estágio de opção, assim como as estratégias desenvolvidas, explicitando o seu contributo para o desenvolvimento das competências adquiridas.

1) Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e legal

Ao longo deste percurso, todos os contactos com a pessoa, familiares e equipa interdisciplinar basearam-se numa prática profissional ética, agindo de acordo com as normas legais, e respeitando de forma inequívoca os princípios éticos e deontológicos da profissão. Os princípios foram assentes numa prática de cuidados que garantiram o respeito pelos direitos humanos, tendo sempre em atenção a responsabilidade profissional.

Aquando da prestação de cuidados, foi necessário fazer análises e reflexões acerca da pessoa internada, e tomar decisões em equipa interdisciplinar, com a finalidade de resolver problemas e arranjar estratégias para essa resolução, havendo sempre o cuidado de envolver quer a pessoa, quer o familiar cuidador.

Relativamente aos dados colhidos para a realização do projeto de melhoria da qualidade, foram tomadas todas as medidas éticas e legais. Este projeto realizou-se ao abrigo do projeto PERIDOTO, já submetido e aprovado pela comissão de ética do Centro Hospitalar onde decorreu o estágio. Em relação aos questionários, todos os enfermeiros foram informados acerca dos objetivos do 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) Do domínio da melhoria contínua da qualidade

Segundo o Regulamento n.º 140/2019, 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.

Durante o estágio de opção foi realizado um projeto de intervenção na área na pessoa com alterações da deglutição, baseado numa metodologia de projeto de melhoria da qualidade, onde foi identificado um problema (diagnóstico de situação), e planeado, executado e avaliado um programa de intervenção, com a finalidade de aumentar a qualidade dos cuidados prestados pelos enfermeiros do SHD. Foi igualmente elaborado um panfleto para a pessoa com alterações da deglutição e/ou familiar cuidador sobre a disfagia, que poderá se revestir de extrema importância na fomentação de conhecimentos e capacidades dos mesmos sobre a temática da disfagia, sendo uma estratégia bastante válida aquando da realização dos ensinamentos realizados pelos enfermeiros do SHD.

Como refere Fernandes (2012), apostar na qualidade é apostar num caminho que vai causar uma melhoria contínua no sistema de saúde, com ganhos para os utilizadores, para as unidades de saúde, para as entidades financiadoras, para os profissionais de saúde e para o próprio sistema de saúde. Nesse sentido, o presente projeto de melhoria da qualidade, alicerçado numa perspetiva de formação contínua dos enfermeiros, permitiu não só aprofundar a capacidade de utilizar a evidência científica na área da disfagia (mais concretamente da deglutição comprometida e do risco de aspiração), como também contribuir para a produção e disseminação de conhecimento, através da realização da formação em serviço.

3) Do domínio da gestão dos 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).

Assim, o desenvolvimento do projeto de melhoria da qualidade 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 capacidades relacionais/comunicacionais como futura enfermeira especialista.

As reuniões realizadas em equipa interdisciplinar, antes da visita domiciliária no turno da manhã, também contribuíram para o desenvolvimento de competências neste domínio, uma vez que viabilizaram o *brainstorming* e, desta forma, contribuíram para a tomada de decisões em conjunto, possibilitando o desenvolvimento de atividades de gestão dos cuidados.

4) Do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

No domínio da aprendizagem profissional, o Regulamento n.º 140/2019 refere que os enfermeiros especialistas devem desenvolver o autoconhecimento e a assertividade, baseando a sua prática clínica especializada em evidência científica. Por sua vez, de acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2015), a formação permanente, a atualização dos conhecimentos, a análise do trabalho efetuado, bem como o reconhecimento de eventuais falhas, é um dever dos enfermeiros.

Durante todo este percurso, todos os conhecimentos adquiridos e experiências vividas, mostraram-se ser muito profícuas para dar resposta a este domínio. O estágio de opção, pelas inúmeras experiências que proporcionou, revelou-se muito proveitoso para a aquisição de novos conhecimentos para a prática clínica na área especializada. Durante o percurso foram realizadas revisões da literatura, com o objetivo de fomentar as atividades desenvolvidas na prática e, desta forma, exercer uma prática baseada na evidência. Nesse sentido, destaca-se a elaboração da RIL, que permitiu operacionalizar a estratégia de formação em serviço, que se revelou como fundamental para o aumento do conhecimento dos enfermeiros sobre a temática da disfagia.

Assim, verificou-se que todo o processo de planeamento, execução e avaliação da formação em serviço ministrada, permitiu, enquanto futura enfermeira especialista, desenvolver competências científicas, relacionais, éticas e técnicas, bem como o, desenvolvimento de uma análise crítico-reflexiva das situações vivenciadas na prática clínica.

4.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Segundo o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro de Reabilitação (2019), o EEER tem como objetivo: cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo de todo o ciclo vital 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, o EEER implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais da pessoa. Desta forma, atua com o objetivo de melhorar a função, promover a independência e maximizar a satisfação da pessoa, preservando a sua autoestima.

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

Assim, primeiramente irá ter-se em consideração a competência dos EEER no âmbito do cuidado a pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados (Regulamento n.º 392/2019). Nesse sentido, um dos objetivos do estágio de opção passava por avaliar a funcionalidade e diagnosticar alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades na pessoa com alterações da deglutição. O facto de ter contactado *in loco* com pessoas com estas alterações, assim como ter participado ativamente na identificação do tipo de compromisso na deglutição, realizando ensinamentos quer à própria pessoa, quer ao familiar cuidador, revelou-se fundamental para o desenvolvimento desta competência do ponto de vista prático. Ao longo do estágio de opção, tive ainda oportunidade de colher dados acerca da identificação das pessoas com alterações da deglutição ou com risco de alteração da funcionalidade, bem como das pessoas com risco de aspiração, o que contribuiu para o desenvolvimento desta competência ao nível da concetualização dos cuidados e utilização da linguagem classificada específica da área da Enfermagem de Reabilitação.

No seu estudo, Alves (2016) identifica o domicílio como o contexto primordial para a intervenção do EEER, permitindo a realização do diagnóstico apropriado para as necessidades do indivíduo, para a implementação das terapêuticas necessárias à

reestruturação dos novos papéis, e ainda para a capacitação do autocuidado. Neste sentido, a aplicação do processo de enfermagem de reabilitação na pessoa em fase aguda, mas em contexto domiciliário, permitiu que as intervenções de enfermagem fossem o mais individualizadas possíveis, tendo sempre como foco o *empowerment* da pessoa e/ou familiar cuidador na gestão deste processo, potenciando uma transição de saúde/doença e/ou transição situacional eficaz. 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 a melhoria do processo de deglutição (Ferreira et al, 2018). No contexto onde decorreu o estágio, e com a pessoa em fase aguda, 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. De salientar que esta alta clínica, pelo facto de as pessoas estarem no seu domicílio, foi muito mais facilitada, uma vez que os ensinamentos são realizados tendo em conta as suas reais necessidades, verificando-se deste modo uma maior potencialização da independência e reeducação funcional.

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 n.º 392/2019). Durante o estágio de opção foi possível realizar a avaliação da pessoa (quer inicial, quer de seguimento, quer para a alta clínica) possibilitando a elaboração de planos de cuidados de reabilitação, sensíveis aos diagnósticos identificados, sempre de modo a promover as capacidades adaptativas da pessoa e/ou familiar cuidador, com vista ao autocontrolo e autocuidado. Todas as intervenções foram adaptadas às necessidades de cada indivíduo, respeitando sempre a sua individualidade e as suas limitações, pelo que, do ponto de vista concetual, todos os planos de reabilitação elaborados foram adaptados às 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, SHD, 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. A importância desta envolvimento é fácil de compreender, se se tiver em consideração que na maior parte das vezes é o familiar cuidador que prepara as refeições e auxilia a pessoa a alimentar-se. Assim sendo, e indo ao encontro da Teoria de Enfermagem do Défice do Autocuidado de Dorothea Orem, no que respeita ao apoio educativo, 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.

A elaboração do projeto de melhoria da qualidade, alicerçado à análise crítico-reflexiva dos cuidados prestados, possibilitou o desenvolvimento desta competência. De facto, durante o estágio de opção foi possível analisar, também com recurso à documentação de enfermagem, a relação entre o DE “deglutição comprometida” e o “risco de aspiração” nas pessoas internadas no SHD, identificando-se as necessidades de intervenção de enfermagem para otimizar e/ou reeducar a função da alimentação nestes utentes.

Relativamente à terceira e última competência do EEER, presente no Regulamento n.º 392/2019, 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, após identificação dos DE específicos desta área de atuação, tiveram como principal objetivo promover a máxima autonomia nas atividades de vida diária, minimizando o impacto da incapacidade no dia-a-dia da pessoa e facilitando a sua integração na sociedade.

4.3 COMPETÊNCIAS DE MESTRE

De acordo com o preconizado por Gobbi e Kaunonen (2018), uma das competências de mestre passa por aplicar conhecimentos e capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas, relacionado com a área de estudo do mestrando. De facto, esta competência vai ao encontro do emanado pelo Decreto-Lei n.º 63/2016, que refere que o mestre deve ser capaz de possuir conhecimentos e demonstrar uma capacidade avançada de compreensão.

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 projeto de intervenção, baseado numa metodologia de projeto de melhoria da qualidade, o que por si só potenciou as questões relacionadas com a investigação. De facto, todo este percurso esteve sustentado em pressupostos de investigação, uma vez que se preconizava uma prática baseada na evidência. Esta preocupação esteve patente desde a seleção da metodologia, até à realização da RIL que sustentou a estratégia de formação em serviço. 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.

Durante a prática clínica houve contacto com diferentes situações novas, muitas delas desafiantes, sendo que as revisões da literatura efetuadas nesse domínio (quer narrativas, para responder às necessidades do dia-a-dia, quer da RIL) foram essenciais. Assim, conseguiu-se desenvolver a competência enunciada no Decreto-lei n.º 63/2016, que menciona que o mestre é um agente promotor de excelência da formação dos pares, uma vez que comunica as conclusões, os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades, devendo aplicar os conhecimentos e habilidades no sentido de resolver problemas em situações novas. Nesse sentido, para a aquisição desta competência, foi igualmente fundamental a análise dos resultados obtidos através da implementação do projeto de melhoria da qualidade, assim como a sua divulgação na formação em serviço ministrada, pois foi através desta reflexão fundamentada que foi possível a resolução de situações novas e a alteração das práticas, nomeadamente no que concerne ao conhecimento e à

capacidade dos enfermeiros em concetualizarem cuidados às pessoa com alterações da deglutição.

O mesmo Decreto-Lei alude ainda ao desenvolvimento e/ou aplicações originais em contexto de investigação (Decreto-Lei n.º 63/2016). 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, mas não menos importante, 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 os conhecimentos 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, mas também para o desenvolvimento de competências de comunicação e de disseminação de conhecimento sobre a temática da disfagia.

5. CONCLUSÃO

Neste capítulo pretende-se realizar uma reflexão final e holística sobre o percurso desenvolvido. Além disso, e tendo em consideração os objetivos inicialmente propostos, pretende-se ainda salientar as principais conclusões inerentes aos resultados obtidos.

Assim, contata-se que os estágios, por serem realizados em contexto de prática clínica, são momentos de aprendizagem fundamentais no processo de formação, sendo que é através deste processo que podemos consolidar o conhecimento científico e enquadrá-lo na componente prática. Verifica-se então que o trabalho diário do EEER é rico em experiências e desafios, que exigem atenção e reflexão, para que a sua prática seja competente e diferenciada. Ao investir na reflexão diária dos cuidados prestados, o EEER, além do desenvolvimento profissional, potencia igualmente o seu desenvolvimento pessoal, permitindo o aprimoramento das suas capacidades de comunicação e de compreensão, o que vai contribuir para uma prestação de cuidados mais ajustada às reais necessidades da pessoa e, por isso, mais significativa para a mesma.

Considera-se que o objetivo deste percurso foi atingido, tendo em consideração as competências desenvolvidas durante o projeto de melhoria da qualidade, e a forma como o próprio relatório foi organizado e redigido.

Neste percurso salientam-se os resultados obtidos, após a formação de serviço, no âmbito do conhecimento dos enfermeiros sobre a temática da disfagia, assim como na identificação dos focos de “deglutição” e “aspiração”, bem como da formulação de DE associados aos mesmos. De facto, inicialmente constatou-se que os enfermeiros apresentavam alguma dificuldade na sua concetualização e documentação, o que evidenciou a necessidade de se melhorar o conhecimento e os registos informáticos de enfermagem (SCLínico®). A estratégia selecionada para colmatar esta necessidade foi a formação em serviço. Assim, através da análise comparativa dos resultados obtidos no questionário preenchido no momento de diagnóstico de situação, e após a execução da formação em serviço, pode-se afirmar que a mesma foi eficaz. Verificou-se que a formação em serviço colmatou muitas das necessidades sentidas pelos enfermeiros em diferentes áreas de conhecimento sobre a pessoa com alterações da deglutição. Ao promover a atualização de conhecimentos e práticas dos enfermeiros do SHD, esta estratégia foi benéfica para o desenvolvimento pessoal e profissional dos mesmos. Uma vez que no SHD não há EEER em todos os turnos, o facto de os enfermeiros de cuidados

gerais estarem sensibilizados para as complicações da disfagia e o risco de aspiração (assim como para os critérios de aplicação da escala de GUSS), permite a sinalização das pessoas com disfagia aos EEER, para que estes possam planejar cuidados especializados às pessoas e aos familiares cuidadores, visando a sua reabilitação ou contribuindo para a prevenção de ocorrências negativas ao processo de recuperação.

A principal limitação sentida durante este percurso relaciona-se com o período de estágio de opção, considerando-se diminuto face aos objetivos que se pretendia atingir. Embora se tenha implementado um projeto de melhoria da qualidade, pretendia-se verificar se os enfermeiros alteraram efetivamente a sua forma de documentar os cuidados de enfermagem, no que concerne ao foco de “deglutição” e “aspiração”.

Assim, como sugestões para investigações futuras, propõe-se a realização de um estudo do tipo *follow-up*, para compreender se houve alteração nos registos informáticos dos enfermeiros. Além disso, sugere-se a realização de um *focus group*, constituído apenas por EEER, com o intuito de definir, relativamente às intervenções de enfermagem preconizadas pelo protocolo de atuação da instituição de saúde, quais as adequadas ao contexto de SHD. Desta forma, não só seria possível uniformizar os registos relativos aos cuidados específicos do EEER no âmbito do foco de “deglutição” e “aspiração”, como fazer a avaliação e a monitorização destes registos, o que possibilitaria evidenciar, de forma mais fidedigna, os ganhos em cuidados de saúde. Espera-se que este projeto desperte a curiosidade de outro enfermeiro, para continuar a desenvolver no SHD o projeto iniciado.

De salientar que se pretende divulgar os resultados obtidos neste processo de investigação, não só através de publicação de artigos, mas também na participação em conferências e congressos, como forma de enaltecer o trabalho desenvolvido pelos EEER, e demonstrar a importância de uma sistematização na identificação, execução e avaliação dos cuidados prestados pelos mesmos, no sentido de se evidenciarem os ganhos sensíveis aos cuidados que prestam.

Em suma, poder-se-á afirmar que a vivência ativa e crítico-reflexiva deste percurso permitiu 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 essenciais para a prestação de cuidados de excelência enquanto futura EEER.

Não obstante, salienta-se que embora este percurso vise o final de uma etapa, que foi extremamente rica em aprendizagem e possibilitou um crescimento a todos os níveis, há a consciência da continuidade do caminho que se tem que desenvolver, uma vez que, para que a prestação de cuidados seja de qualidade e segura, o EEER deverá estar em constante transformação e atualização.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Speech Language Hearing Association. (2020). *Dysphagia Adult* [em linha]. Retirado de: www.asha.org/Practice-Portal/Clinical-Topics/Adults-Dysphagia/.
- 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). LIDEL.
- Azevedo, P.C. (2020). The Challenge of Home Hospitalization. *Gazeta Médica*,7(4). 333-334. <https://doi.org/10.29315/gm.v7i4.408>
- Beaudry, J. & ScottoDimaso, K., (2020). Central Line Care: Reducing central line-associated bloodstream infections on a hematologic malignancy and stem cell transplant unit. *Clinical Journal of Oncology Nursing* 24(2), 148-153. <https://doi.org/10.1188/20.CJON.148-152>
- Braga, R. (2016a). Avaliação da função deglutição. In C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (1ª ed., pp. 181-188). Lusodidacta.
- Braga, R. (2016b). Reeducação da deglutição. In C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (1ª ed., pp. 263-270). Lusodidacta.
- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). Edição da Ordem dos Enfermeiros, Versão 2019. Disponível em https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/icnp-Portuguese_translation.pdf
- Costa, A & Othero, M. (2014). *Reabilitação em Cuidados Paliativos*. (Lusodidacta, Ed.).

- 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.
- Cunha, V., Escarigo, M.C., Correia, J., Nortadas, R., Azevedo, P.C., Beirão, P., Gomes, A. & Delerue, F. (2017) Hospitalização Domiciliária: Balanço de um Ano da Primeira Unidade Portuguesa. *Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*, (24), 1-6. <https://doi.org/10.24950/rspmi/O112/17/2017>
- Decreto-lei nº 63/2016 do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior.(2016). Diário da República: 1ª série, nº 176/2016. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/63-2016-75319452>
- Delerue, F., & Correia, J. (2018). Hospitalização Domiciliária mais um Desafio para a Medicina Interna. *Medicina Interna*, 25(1), 15–17. <https://doi.org/10.24950/rspmi/Op/1/2018>
- Despacho n.º 5613/2015, do Ministério da Saúde, Diário da República: II série, n.º 102 (27 maio). *Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020*. <https://files.dre.pt/2s/2015/05/102000000/1355013553.pdf>
- Direção Geral de Saúde (2017). *Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável: 2017-2025*. Proposta do Grupo de Trabalho Interministerial (Despacho n.º12427/2016).DGS.https://www.sns.gov.pt/wpcontent/uploads/2017/07/ENEA_S.pdf
- Direção Geral de Saúde. (2018). *Norma 020/2018: Hospitalização Domiciliária em idade adulta*. 1-22. DGS. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2018/12/20/hospitalizacao-domiciliaria-em-idade-adulta/>

- Domingos, A., & Veríssimo, D. (2014). *Cuidados de Enfermagem à pessoa com deglutição comprometida*. Centro Hospitalar médio Tejo, EPE; Ordem dos Enfermeiros - Secção Regional Sul.
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/projectos/Documents/Projetos_Melhoria_Qualidade_Cuidados_Enfermagem/CHMedioTejo_ProjetoDegluticao.pdf
dos cuidados de enfermagem à pessoa com deglutição comprometida após o acidente vascular cerebral. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(4), 1-7.
doi:10.12707/RV20024
- Eastreling, C. (2018). Management and treatment of patients with dysphagia. *Current physical medicine and rehabilitation reports*, 6 (4), 213-219.
<https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs40141-018-0196-7>
- Ferreira, A. (2017). *Avaliação da Deglutição com a Aplicação da Escala GUSS: Contribuição da Enfermagem de Reabilitação* [Master's thesis, Universidade de Évora]. Repositório IPBeja. <http://rdpc.uevora.pt/bitstream/10174/21775/1/Mestrado>
- Ferreira, A.; Piurdevara, 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/10.12707/RIV17090>
- Gil, A. C., & Pessoni, A. (2020). Estratégias para o alcance de objetivos afetivos no ensino remoto. *Revista Docência Do Ensino Superior*, 10, 1–18.
<https://doi.org/10.35699/2237-5864.2020.24493>
- Glenn-Molali, N. (2011). Alimentação e deglutição. In S.Hoeman, *Enfermagem de reabilitação- prevenção, intervenção e resultados esperados*, (4ª ed., pp. 295–317). Lusodidacta.

- Lazarus, C. (2017). History of the use and impact of compensatory strategies in management of swallowing disorders. *Dysphagia*, (32), página 3–10. <https://doi.org/10.1007/s00455-016-9779-6>
- Mangold, K., Kunze, K. L., Quinonez, M. M., Taylor, L. M., & Tenison, A. J. (2018). Learning Style Preferences of Practicing Nurses. *Journal for Nurses in Professional Development*, 34(4), 212–218. <https://doi.org/10.1097/NND.0000000000000462>
- Mariano, P., Silva, S., Leitão, F., Carvalho, J., Calmeiro, M., Antunes, I., & André, M. (2021). Insuficiência Cardíaca Crónica em Hospitalização Domiciliária. *Gazeta Médica*, (8), páginas 5-10. <https://doi.org/10.29315/gm.v8i1.373>
- Meleis, A. (2010). *Transitions theory: Meddle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Moreira, A., Neves, H., Lucas, N., Silva, R. A., & Galante, S. (2021). Programa para a reedução da função alimentação. In O. Ribeiro (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação-Conceções e Práticas* (1a Edição, pp. 550–563). Lisboa: LIDEL.
- Oliveira, I. J., Almeida, S. I., Mota, L. A., & Couto, G. R. (2020). Conceptualização dos cuidados de enfermagem à pessoa com deglutição comprometida após o acidente vascular cerebral. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(4), 1-7. [doi:10.12707/RV20024](https://doi.org/10.12707/RV20024)
- Oliveira, I. 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. *Millenium*, 2(16), páginas 93-101. <https://doi.org/10.29352/mill0216.24585>

Ordem dos enfermeiros (2007). *Sistemas de Informação de Enfermagem (SIE) – Princípios básicos da arquitetura e principais requisitos técnico-funcionais*. Lisboa: Ordem dos enfermeiros. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/SIE-PrincipiosBasicosArq_RequisitosTecFunc-Abril2007.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2015). *Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/PadraoDocumental_EER.pdf

Rech, R., de Goulart, B., Baumgarten, A., & Hilgert, J. (2018). Deglutição no envelhecimento e a odontologia. *Revista Da Faculdade De Odontologia - UPF*, (23), 77-83. <https://doi.org/10.5335/rfo.v23i1.8508>

Regulamento n.º 392/2019, Diário da República: II série, n.º 85 (3 maio), 13565-8. *Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação*. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/392-2019-122216893>

Regulamento n.º 140/2019, Diário da República: II série, n.º 26 (6 fevereiro), 4744 - 4750. *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Roy, N., Stemple, J., Merrill, R. M., & Thomas, L. (2007). Dysphagia in the elderly: preliminary evidence of prevalence, risk factors, and socioemotional effects. *The Annals of otology, rhinology, and laryngology*, 116(11), 858–865. <https://doi.org/10.1177/000348940711601112>

- Rossinot, H.; Marquestaut, O.; Stampa, M. (2019) The experience of patients and family caregivers during hospital-at-home in France. *BMC Health Services Research*. 19(1), 470. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4295-7>
- Ruivo, A., Ferrito, C., & Nunes, L. (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. *Revista Percursos*, 15.
http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf
- Rummel, M., Roy, M., Miller, E., Fanslau, K., Boy, D., Malloy, M., Sweeney & S., Gambino (2019). Nurse Navigators – Leading the Way in Education: Development and Implementation of a Cancer Program for Support Staff, *Journal of Oncology Navigation & Survivorship*., 489-490.
- Santos, J., Silva, A.M., Pereira, L. Silva, M., Fonseca, P., Príncipe, F., & Mota, L. (2021). A hospitalização domiciliária como fator facilitador no processo de transição saúde/doença. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 4(2), 89-98.
- Selvanderan, S., Wong, S., Holloway, R., & Kuo, P. (2021). Dysphagia: clinical evaluation and management. *Internal Medicine Journal*, 51(7), 1021–1027. <https://doi.org/10.1111/imj.15409>
- Silva, P., & Grilo, E. (2018). Reeducação funcional da pessoa com deglutição comprometida: Estudo de Caso. *Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação*, 1(2), 49–59. <https://doi.org/10.33194/rper.2018.v1.n2.02.4417>
- Siwiec, R., & Babaei, A. (2020). Oropharyngeal dysphagia. em Dhyanesh A., Patel, R., Kavitt, M. & Vaezi, M. (Eds.), *Evaluation and management of dysphagia* (pp. 43–48). Springer.
- Skarbinski, K. F., & Glennon, E. (2020). Dysphagia: A review. *The Nurse practitioner*, 45(7), 9–16. <https://doi.org/10.1097/01.NPR.0000669120.41930.5e>

- Teasell, R., Hussein, N., Iruthayarajah, J., Saikaley, M., Longval, M., & Viana, R. (2020). *Stroke Rehabilitation Clinical Handbook* [PDF]. Retirado de: Clinician's Handbook EBRSR- Evidence- Based Review os stroke Rehabilitation.
- Terre, R. (2020). Disfagia orofaríngea en el ictus: aspectos diagnósticos y terapéuticos. *Revista de Neurologia*, 70, 444–452. <https://doi.org/10.33588/rn.7012.2019447>
- Thiyagalingam, S., Kulinski, A. E., Thorsteinsdottir, B., Shindelar, K. L., & Takahashi, P. Y. (2021). Dysphagia in Older Adults. In *Mayo Clinic Proceedings* (Vol. 96, Issue 2, pp. 488–497). Elsevier Ltd. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2020.08.001>
- Travassos, L. C. P., Souza, D. X., Bandeira, J. de F., Rodrigues, D. S. B., Amaral, A. K. F. J., Silva, T. M. A. L., & Pernambuco, L. (2019). Nutritional risk and signs and symptoms of swallowing disorders in hospitalized elderly. *Revista CEFAC*, 21(6). <https://doi.org/10.1590/1982-0216/20192166419>
- Triggs, J., & Pandolfino, J. (2019). Recent advances in dysphagia management. *F1000Research* (8), 1-10. <https://doi.org/10.12688/f1000research.18900.1>
- Unidade de Hospitalização Domiciliária do Hospital Garcia de Orta. Programa Funcional 2018 da Unidade de Hospitalização Domiciliária do Hospital Garcia de Orta [consultado em Novembro de 2022]. Disponível em: http://www.hgo.pt/Portals/0/Documentos/UHD_Plano_Funcional_2018.pdf.
- Voudris, K.V., & Silver, M.A. (2018). Home Hospitalization for Acute Decompensated Herat Failure: Opportunities and Strategies for Improved Health Outcomes. *Healthcare*,(6), 1-10. <https://doi.org/10.3390/healthcare6020031>
- World Gastroenterology Orgazination. (2014). *Disfagia: directrizes e cascatas mundiais*. <https://www.worldgastroenterology.org/UserFiles/file/guidelines/dysphagia-portuguese-2014.pdf>

ANEXOS

ANEXO I – PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA: PROJETO PERIDOTO

Parecer da Comissão de Ética do

Centro Hospitalar [REDACTED]

Título do Projeto: PERIDOTO: Programa de Enfermagem de Reabilitação de Intervenção no Domicílio - Otimizar, Tratar e Orientar

Nome do Investigador Principal [REDACTED]

Onde decorre o Estudo: No Serviço de Hospitalização Domiciliária. Apresentou declaração do [REDACTED]

Objetivos do Estudo:

Caracterizar os utentes internados no Serviço de Hospitalização Domiciliária que beneficiem em integrar o PERIDOTO;

Caracterizar os familiares/cuidadores dos utentes internados no Serviço de Hospitalização Domiciliária que beneficiem em integrar o PERIDOTO;

Caracterizar os utentes acompanhados na consulta externa de enfermagem que tenham participado no PERIDOTO;

Implementar o PERIDOTO no Serviço de Hospitalização Domiciliária.

Conceção e Pertinência do estudo:

O PERIDOTO destaca-se dos restantes programas de reabilitação implementados a nível hospitalar, pelo facto de ser realizado no domicílio do utente, admitindo-se que possa trazer ganhos mais significativos para este (e para o seu familiar/cuidador), uma vez que se encontra adaptado à sua real condição clínica, social e habitacional.

Os participantes serão os utentes internados no Serviço de Hospitalização Domiciliária que beneficiem em integrar o PERIDOTO. No caso em que o utente não tenha capacidade para realizar os exercícios de reabilitação prescritos, de forma autónoma, serão envolvidos os seus familiares/cuidadores.

Será desenvolvido um estudo longitudinal. A recolha será feita com recurso aos instrumentos disponibilizados no SClínico e utilização de um formulário de treino do PERIDOTO, cujo objetivo é explanar os exercícios prescritos pelos EEER (anexo). Estão descritos os procedimentos relativos à colheita de dados.

Benefício/risco:

Os benefícios relacionam-se com o facto de este ser realizado no domicílio do utente, admitindo-se, como referido, que possa trazer ganhos mais significativos para o mesmo e seu familiar/cuidador.

Não são previstos riscos ou incómodos para os participantes no estudo.

Confidencialidade dos dados:

Os dados serão colhidos pelos enfermeiros de especialistas em enfermagem de Reabilitação (EEER) afetos ao Serviço de Hospitalização Domiciliária, sendo depois codificados.

Respeito pela liberdade e autonomia do sujeito de ensaio:

A autorização para a recolha de dados e utilização dos dados sociodemográficos e clínicos do utente e do seu familiar/cuidador será questionada aquando do internamento do Doente no Serviço de Hospitalização Domiciliária.

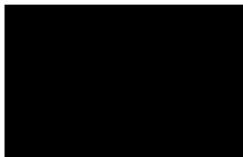
Curriculum do investigador: Adequado à investigação.

Data previsível da conclusão do estudo:

Conclusão: Proponho um parecer favorável à realização do estudo.

Porto, 24 de setembro de 2021

ANEXO II - QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO



Questionário de Avaliação da Satisfação

AÇÃO DE FORMAÇÃO:

Data 19/12/2022

A sua opinião sobre esta ação de formação é muito importante para avaliar este evento e futuras ações. Por favor preencha o questionário usando uma para assinalar a sua resposta.

	Nada Satisfeito	Pouco satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	Não aplicável
Avaliação da Formação:					
1. Conceção do programa e sua adequação aos <u>objetivos</u> .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Correspondência do <u>conteúdo</u> da ação às expectativas criadas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. <u>Utilidade</u> dos conhecimentos adquiridos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Condução a novos <u>procedimentos</u> e mudança de comportamento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Adequação da <u>duração</u> da ação aos objetivos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Aspectos <u>logísticos</u> (instalações, equipamento, apoio).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avaliação do desempenho da Equipa Formadora					
1. <u>Clareza</u> da exposição.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Captação da <u>atenção e motivação</u> dos participantes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Tratamento do tema de acordo com as <u>expectativas</u> .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. <u>Transposição</u> dos temas para a prática.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. <u>Assiduidade e pontualidade</u> do(s) formador(es).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Observações/Sugestões:

APÊNDICES

APÊNDICE I - QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTO SOBRE
A DISFAGIA

QUESTIONÁRIO

Este questionário integra-se no projeto de investigação “Deglutição comprometida e risco de aspiração: Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação no Serviço de Hospitalização Domiciliária”, que se insere no âmbito do 2.º 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. O projeto está a ser realizado pela mestrandia Ana Isabel Silva Boavista, sob orientação da Professora Doutora Inês Rocha e Tânia Rodrigues, com a supervisão da EEER Joana Vieira.

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.

Ana Isabel Boavista

20210473@santamaria.saude.edu.pt - 917784134

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 explicado no ponto 1.

PARTE I

1. CARACTERIZAÇÃO

Género: Feminino Masculino

Idade:

Tempo de exercício profissional: (anos completos)

2. TÍTULO PROFISSIONAL

- Enfermeiro
- Enfermeiro Especialista
- Enfermeiro Chefe
- Outro Especifique, por favor _____

3. 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

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 da Escala de GUSS, os critérios de avaliação são (pode selecionar 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 selecionar 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 selecionar 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 uma):

- 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. Após avaliar o doente com disfagia, qual(ais) o(s) foco(s) de atenção que regista no SClínico®? E qual(ais) o(s) diagnóstico(s) de enfermagem que identifica?

FOCO:

- Deglutição
- Aspiração

Diagnóstico 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
- Risco de Aspiração
- Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção da aspiração

8. 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

“Deglutição comprometida e risco de aspiração: Intervenção do EEER no Serviço de Hospitalização Domiciliária”

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 Ana Isabel Silva Boavista. Tem como questão de partida quais as práticas de intervenção de enfermagem, na avaliação da deglutição, no Serviço de Hospitalização Domiciliária. 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

Alterações da deglutição

Autores:

Ana Isabel Boavista
20210473@santamariasaude.edu.pt

Docentes:

Professora Orientadora: Doutora Inês Rocha
Professora Coorientadora: Doutora Tânia Rodrigues
Orientadora:
EEER Joana Vieira

19 de dezembro de 2022

1

Alterações da Deglutição:

Objetivos

- ❑ Atualizar conhecimentos sobre alterações da deglutição (disfagia): identificação de alterações da deglutição; avaliação (Escala de GUSS); prevenção de complicações;
- ❑ Sistematizar a avaliação, a identificação do foco, diagnóstico e a prescrição de intervenções de enfermagem no âmbito da pessoa com deglutição comprometida.

2

Sumário:

1. Recolha e tratamento de dados- SHD ;
2. Deglutição: conceito, fases;
3. Disfagia: conceito, causas, consequências;
4. Avaliação da pessoa com alteração da Deglutição;
5. Avaliação do risco de Aspiração;
6. Intervenções de enfermagem à pessoa com afeção da deglutição
Registo Informático;
7. A disfagia e a família

3

Recolha e tratamento de dados- SHD

Dados recolhidos:

- 1 de Janeiro de 2022 a 30 de Junho de 2022

Género		Frequência	Percentagem
Válido	Feminino	56	39,7%
	Masculino	85	60,3%
Total		141	100,0%

Estadísticas Descritivas

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
idade	141	19	102	74,20	17,558
Dias_internamento	141	1	65	10,34	9,756
N válido (de lista)	141				

4

Diagnósticos

	Frequência	Percentagem %
S. respiratório	34	24,1
S. Respiratório - COVID	2	1,4
S. neurológico	6	4,3
S. urinário	40	28,4
S. músculo-esquelético	20	14,2
S. cardíaco	5	3,5
Alterações hematológicas	14	9,9
Alterações tegumentos	8	5,7
S.gastrointestinal	5	3,5
Neoplasia mama	7	5,0
Total	141	100,0

Antecedentes

	Frequência	Percentagem%
S. Neurológico (demências, AVC, Parkinson...)	67	47,5
S. Respiratório	39	27,7
COVID	5	3,5
Neoplasias	22	15,6
S.gastrointestinal	8	5,7
Total	141	100,0

5

Avaliação da deglutição- AI

	Frequência	Percentagem %
Não avaliado	92	65,2
Avaliado, com alteração	12	8,5
Avaliado, sem alteração	37	26,2
Total	141	100,0

DE_DEGLUTIÇÃO

	Frequência	Percentagem %
não	140	99,3
sim	1	,7
Total	141	100,0

DE_Risco de aspiração

	Frequência	Percentagem %
Não	136	96,5
Sim	5	3,5
Total	141	100,0

6

IE_ensinos	Frequência	Percentagem %
Não	129	91,5
Sim	12	8,5
Total	141	100,0

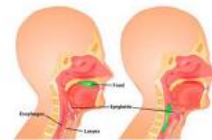
DE_Risco de aspiração	Frequência	Percentagem %
Não	136	96,5
Sim	5	3,5
Total	141	100,0

Alimentação Entérica	Frequência	Percentagem %
Não	134	95
Sim, SNG	4	2,8
Sim, PEG	3	2,2
TOTAL	141	100,0

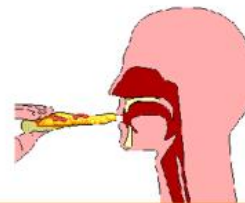
7

Deglutição

Conceito

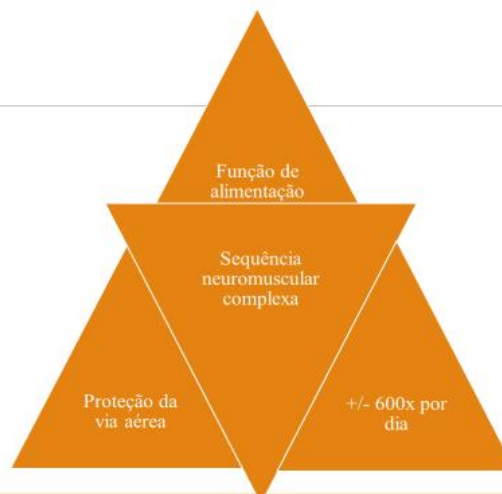


Segundo a CIPE (browser 2019) deglutir é *“Comer ou beber: passagem dos líquidos e dos alimentos fragmentados, pelo movimento da língua e dos músculos, da boca para o estômago através da orofaringe e esôfago”*.



8

Deglutição



(Rech et al., 2018)

9

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

Deglutição

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

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



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

11

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 do indivíduo.



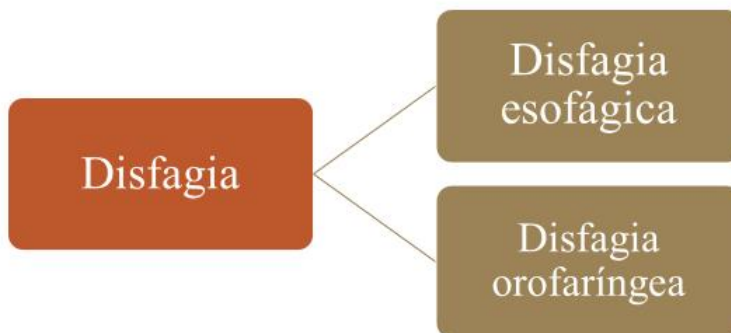
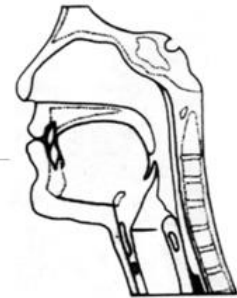
(National Collaborating Centre for Chronic Conditions, 2019)

12

Complicações



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



(Costa, 2020)

Disfagia esofágica

As causas de disfagia esofágica dividem-se em dois grandes grupos:



(Terre, 2020)

Disfagia esofágica - diagnóstico

MCDT:



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

(Terre, 2020)

16

Disfagia Orofaríngea

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

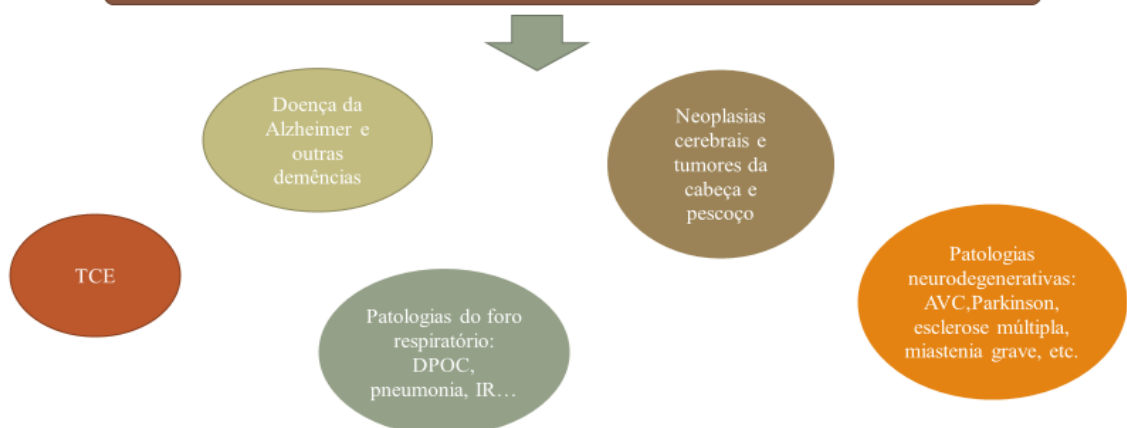
O AVC é a principal causa de disfagia orofaríngea!

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

(Oliveira, et al., 2021)

17

A disfagia orofaríngea é frequente em várias patologias:



(Banda et al., 2022)

18

Presbifagia

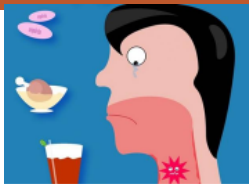


As modificações que ocorrem no processo natural do envelhecimento do ser humano atingem também, algumas vezes de forma pouco consciente, a função da deglutição. Essas mudanças levam a uma adaptação do mecanismo da deglutição para que o indivíduo mantenha a sua alimentação de forma segura por via oral.

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

(Branco & Portinha, 2017)

19



ASPIRAÇÃO



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

No entanto, **mais de metade dos utentes que aspiram, fazem-no de forma silenciosa** (22 a 52% dos utentes disfágicos aspiram e destes 55% aspiram de forma silenciosa).

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 e Pownall, 2019)

20

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;
- Regurgitação oral ou nasal de alimentos / líquidos;
- Deglutições múltiplas;

(Groher & Crary, 2016)

21

Disfagia

Reconhecer sinais clínicos de aspiração

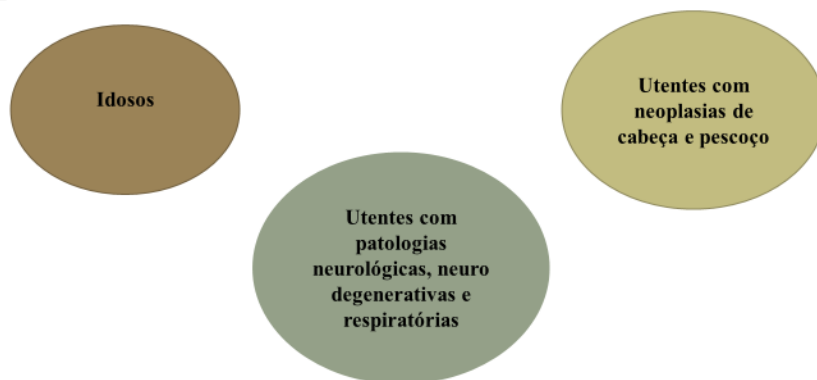
- ✓ Tosse;
- ✓ Dificil gestão da saliva na cavidade oral;
- ✓ Mudanças na qualidade da voz (voz nasalada, "molhada");
- ✓ Tentativa de "limpar" a garganta, engasgamento;
- ✓ Alteração do padrão e som respiratório;
- ✓ Rubor facial;
- ✓ Odinofagia;

- ✓ Sensação de "nó" na garganta;
- ✓ Movimentos excessivos da língua;
- ✓ Mastigação descoordenada;
- ✓ Resíduos alimentares na cavidade oral após deglutição;
- ✓ Infecções respiratórias recorrentes;
- ✓ Aumento das secreções;
- ✓ Perda de peso inexplicável;
- ✓ Alteração do padrão alimentar;
- ✓ Apetite reduzido;

(Braga, 2016)

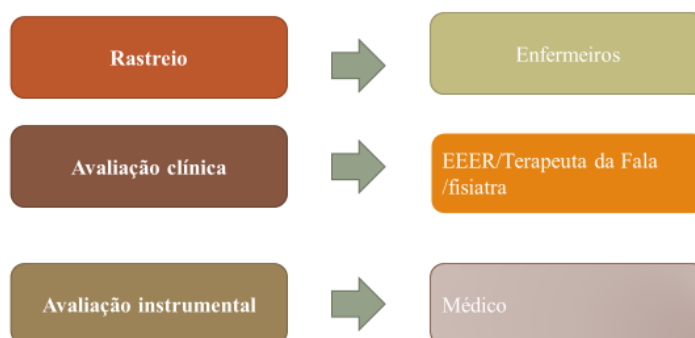
22

A quem se realiza o rastreio:



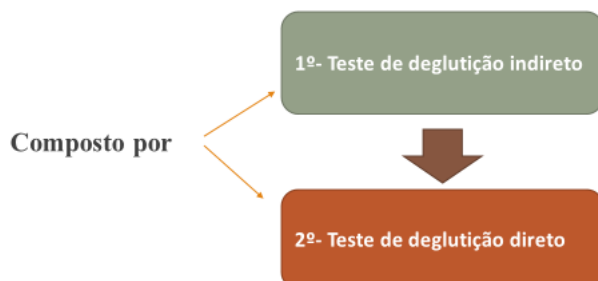
23

Disfagia - avaliação



24

Escala de Guss (Gugging swallowing Screen)



25

Avaliação preliminar/teste de deglutição Indireto

Secção 1. Avaliação preliminar / teste de deglutição indireto

		SIM	NÃO
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. Se o doente tossir durante ou após a deglutição da saliva, assinale "não"	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
• Deglutição eficaz			
• 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

26

Teste de deglutição direto

Secção 2. Teste de deglutição direto
(Materiais: Água destilada, colher de chá, espessante e pão)

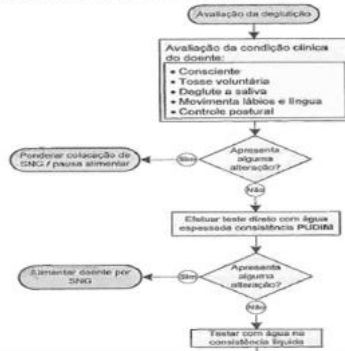
Seguir a ordem:	SEMI-SÓLIDO	LÍQUIDO	SÓLIDO
	Inicialmente administrar 1/2 colher de chá de água destilada com espessante (consistência de pudim). Se não se observarem sintomas administrar 3 a 5 colheres. Reavaliar após a 5ª colher.	3, 5, 10, 20 ml de água destilada numa chávena – se não se observarem 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 côdes. Interromper se se observar um dos critérios.
DEGLUTIÇÃO			
• 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
TOSSE (involuntária) (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
SIALORREIA			
• 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
ALTERAÇÃO DA VOZ (avaliar a voz antes e após a deglutição – solicitar que o doente diga "C")			
• 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
TOTAL:		(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

27

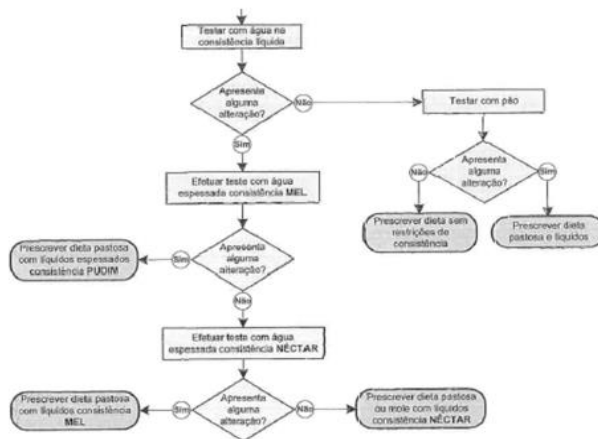
Fluxograma de rastreio da disfagia

Avaliação e atuação de enfermagem na abordagem ao doente com disfagia

6.2 Fluxograma de rastreio da disfagia



28

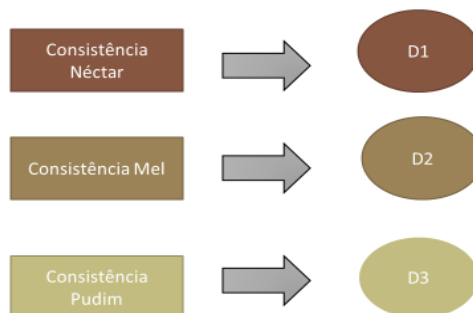


Página 4 de 18

1000-0

29

Sinalização do utente- Anotação da consistência



30



Intervenções de enfermagem à pessoa com afeção da deglutição Registo Informático

31

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	Treinar técnica de deglutição;
Ensinar sobre exercícios de deglutição	Treinar exercícios de deglutição;
Instruir sobre técnica de deglutição;	Gerir dieta;
Instruir sobre exercícios de deglutição	Vigiar cavidade oral;
	Incentivar higiene oral no final da refeição;

32

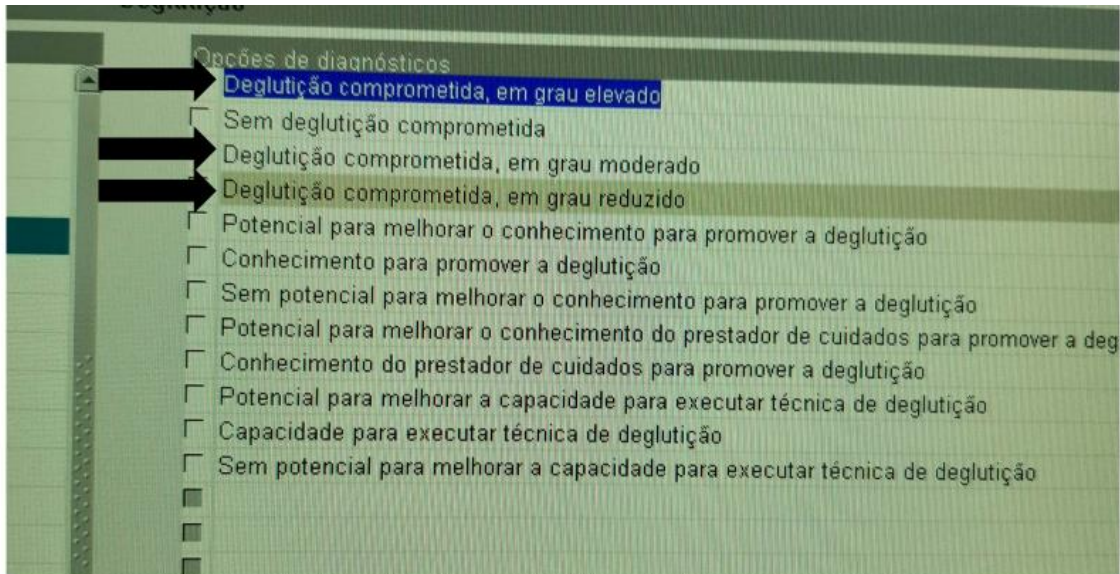
Histórico de registos

Data	Hora	Score
06-03-2021	11:18	
03-03-2021	14:40	3

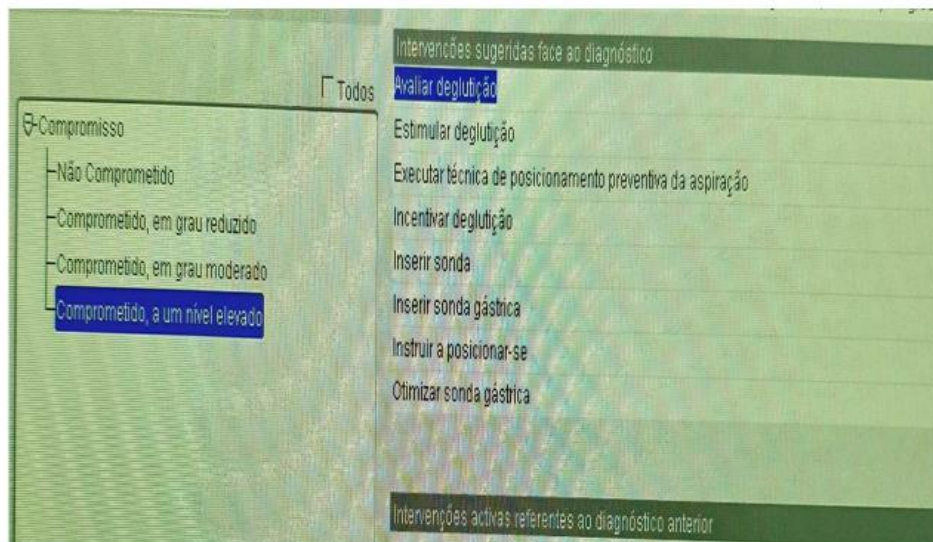
Grupos da escala / Itens

- ☑ Deglutição:
 - * Deglutição alterada para alimentos líquidos
 - ☑ não
 - ☑ sim
 - * Deglutição alterada para alimentos de consistência pastosa
 - ☑ não
 - ☑ sim
 - * Deglutição alterada para alimentos sólidos
 - ☑ não
 - ☑ sim
 - * Alterações na qualidade da voz
 - ☑ não
 - ☑ sim
 - * Movimenta a língua e os lábios
 - ☑ não
 - ☑ sim
 - * Reflexo de vômito
 - ☑ ausente
 - ☑ presente
 - * Reflexo de deglutição

33

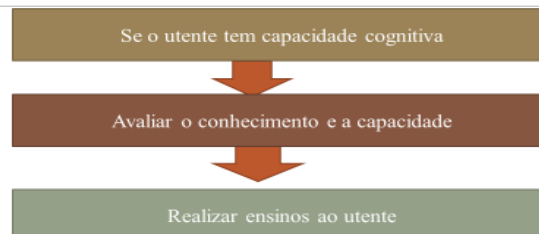


34



35

Intervenções de enfermagem à pessoa com afeção da deglutição -registo



- Se o utente tem não capacidade cognitiva



Ensinios Prestador de Cuidados

36

- Sem deglutição comprometida
- Deglutição comprometida, em grau moderado
- Deglutição comprometida, em grau reduzido
- Potencial para melhorar o conhecimento para promover a deglutição**
- Conhecimento para promover a deglutição
- Sem potencial para melhorar o conhecimento para promover a deglutição
- Conhecimento do prestador de cuidados para promover a deglutição
- Potencial para melhorar a capacidade para executar técnica de deglutição
- Capacidade para executar técnica de deglutição
- Sem potencial para melhorar a capacidade para executar técnica de deglutição

- Intervenções sugeridas face ao diagnóstico**
- Avaliar conhecimento para promover a deglutição**
 - Ensinar sobre complicações da doença
 - Ensinar sobre dieta
 - Ensinar sobre doença
 - Ensinar sobre exercícios terapêuticos para a deglutição



37

Intervenções de enfermagem à pessoa com afeção da deglutição -registo

FOCO: ASPIRAÇÃO

Avaliação e registo do risco de aspiração



38

Aspiração		Fenómenos libéris
Avaliar aspiração	<input type="checkbox"/> Aspiração	<input type="checkbox"/>
Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção da aspiração	<input type="checkbox"/> Sem risco de aspiração	<input type="checkbox"/>
Avaliar conhecimento sobre prevenção da aspiração	<input checked="" type="checkbox"/> Risco de aspiração	<input type="checkbox"/>
Avaliar potencial para melhorar o conhecimento	<input type="checkbox"/> Potencial para melhorar o conhecimento sobre prevenção da aspiração	<input type="checkbox"/>
Avaliar risco de aspiração	<input type="checkbox"/> Conhecimento sobre prevenção da aspiração	<input type="checkbox"/>
Monitorizar saturação de oxigénio	<input type="checkbox"/> Sem potencial para melhorar o conhecimento sobre prevenção da aspiração	<input type="checkbox"/>
Vigiar respiração	<input type="checkbox"/> Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção da aspiração	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção da aspiração	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- risco de aspiração**
- Intervenções sugeridas face ao diagnóstico**
- Avaliar risco de aspiração
 - Elevar a cabeceira da cama
 - Executar técnica de posicionamento preventiva da aspiração
 - Inserir sonda gástrica
 - Inspecionar cavidade oral
 - Interromper a ingestão de alimentos
 - Monitorizar conteúdo gástrico
 - Colocar sonda gástrica**



39

Prestador de cuidados e utente devem ser capacitados:

- ❑ 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 prestador/utente para estratégias facilitadoras da deglutição.



(Araújo et al., 2021)

Estratégias facilitadoras da deglutição

- ❖ Posicionamento;
- ❖ Adaptação da consistência alimentar;
- ❖ Espessante;
- ❖ Equipamento adaptativo: colher metálica/ copo/copo recortado;
- ❖ Higiene oral meticulosa /Manter a mucosa húmida;
- ❖ Prótese dentária bem adaptada;
- ❖ Supervisão das refeições;
- ❖ A importância da apresentação dos alimentos;
- ❖ Controlo do ambiente.

Higiene oral:
• Estimulação do apetite;
• Diminuição de riscos respiratórios

(Araújo et al., 2021)

43

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 ou copo recortado, ajuda a evitar a extensão da cabeça e reduz o risco de aspiração.

(Araújo et al., 2021)

44

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.

(Aratijo et al, 2021)

45



- 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;
- Espessante não tem comparticipação do estado .

46

Conclusão

- População com importantes morbilidades/ utentes de grande complexidade.
- A prevalência dos riscos de aspiração e de alteração da capacidade de deglutição na população que “cuidamos” é elevada.
- A Disfagia é um indicador independente de grandes complicações (aspiração, desnutrição, 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.

47

Referências Bibliográficas

- 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). 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. *Banda et al. BMC Geriatrics*, 1-10. doi.org/10.1186/s12877-022-02960-5
- 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* (1ª ed.). Lisboa: PapaLetras.
- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). Edição da Ordem dos Enfermeiros, Versão 2018. Disponível em https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/icnp-Portuguese_translation.pdf



48

Referências Bibliográficas

- 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.
- Ferreira, A., Pierdevara, L., Ventura, I., Gracias, A., Marques, J., Reis, M. (2018). Gugging Swallowing Screen: contributo para a validação cultural e linguística para o contexto português. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(16), 85-93. <https://doi.org/10.12707/RIV17090>
- French, B., Powell-Viden, B., & Martino, 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. Obtido em 20 de Dezembro de 2016, Disponível em: http://swallowinglab.uhres.utoronto.ca/Dysphagia_LTC.pdf
- Groher, M., & Crary, M. (2016). *Dysphagia: Clinical management in adults and children* (2ª ed.). Missouri: Elsevier. Obtido em 20 de Maio de 2016, Disponível em: https://books.google.pt/books?id=qPBwCgAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=pt-PT&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- 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/ng128>
- Oliveira, I.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. *Millennium*, 2(16), 93-101. doi: 10.29352/mill0216.24585
- Terre, R. (2020). *Disfagia orofaríngea en el ictus: aspectos diagnósticos y terapéuticos* *Revista de Neurologia*, 70(12), 444-452. <https://doi.org/10.33588/m.7012.2019447>

49

PARTE 2

ESCALA DE GUSS



50

GUSS Gugging Swallowing Test

Data da avaliação _____ Hora _____ Identificação doente _____

Secção 1. Avaliação preliminar / teste de deglutição indirecto

	SIM	NÃO
Vigilância (o doente deve estar alerta durante pelo menos 15 minutos)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Tosse e/ou pigarreio (tosse voluntária) (o doente deve conseguir tossir ou pigarrear 2 vezes)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Deglutição de saliva	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
• Deglutição com sucesso		
• 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
TOTAL:	(5)	
	1 = 4 = Investigação posterior ¹ 5 = Continuar para a secção 2	

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

Seguir a ordem:	1 →	2 →	3 →
	SEMI-SÓLIDO*	LIQUIDO**	SÓLIDO***
DEGLUTIÇÃO			
• Deglutição impossível	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
• Deglutição demorada (> 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
TOSSE (involuntária) (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
SIALORREIA			
• 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
ALTERAÇÃO DA VOZ (escutar a voz antes e após a deglutição – o doente deve dizer "O")			
• 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
TOTAL:	(5)		(5)
	1 = 4 = Investigação posterior ¹ 5 = Continuar para líquido		1 = 4 = Investigação posterior ¹ 5 = Continuar para sólido
TOTAL: (Secção 1 + Secção 2)			(20)

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.

54

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 nada por via oral

55

OBRIGADO!!!

Humana é a preocupação de sermos melhores, saber que ainda estamos a meio caminho, propormo-nos como meta a perfeição, embora saibamos que nunca chegaremos à meta total.

Humana é a vontade, a coragem, o afã de lutar, o saber enfrentar o infortúnio, a capacidade de esperar contra toda a esperança.

José Luís Martín Descalzo



**DÚVIDAS /
QUESTÕES??**

APÊNDICE IV - PANFLETO

RECOMENDAÇÕES

CONTINUAÇÃO

- Lugar calmo e relaxado – Ausência de estímulos adversos: Ruídos, TV, conversas de grupo;
- Evitar comer, rir, e falar ao mesmo tempo;
- Boa apresentação dos alimentos – estimula o apetite ;
- Assegurar um ritmo de ingestão pausado; em casos de ingestão compulsiva – utilizar colher de sobremesa;
- Equipamentos adaptativos adequados;
- Espessar (Engrossar) com espessante alimentos/ líquidos até à consistência definida;
- Próteses dentárias bem adaptadas.



INSPECIONAR E HIGIENIZAR A CAVIDADE ORAL APÓS CADA REFEIÇÃO



SÓ ALTERE A CONSISTÊNCIA DOS SEUS ALIMENTOS/ LÍQUIDOS APÓS AVALIAÇÃO ESPECIALIZADA

SERVIÇO HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA HSJ

GOSTARÍAMOS QUE SAÍSSE COM CORAGEM PARA CONTINUAR O PERCURSO QUE JUNTO TRAÇAMOS...



DISFAGIA

PREVENIR PARA NÃO COMPLICAR

o que é a disfagia?

A disfagia consiste na dificuldade/ impossibilidade em engolir alimentos líquidos, sólidos ou a própria saliva.

Incidência:

- ◊ 40 a 70 % AVC
- ◊ 60 a 80 % Doenças degenerativas
- ◊ Até 13% de adultos com idade >65anos
- ◊ >51% idosos institucionalizados
- ◊ 60 a 70% doentes com cancro da cabeça e pescoço sob efeito de radioterapia

COMPLICAÇÕES:

- Desnutrição
- Desidratação
- Infecções respiratórias
- Diminuição do apetite/ peso
- Pneumonias de aspiração
- Consequências emocionais e sociais (ansiedade para as refeições e convívio familiar; limitação na variedade e ingestão de alimentos; vergonha; fuga social; evicção de comer em público).

SINAIS DE ALERTA

- ⇒ Engasgamento/ Tosse / pigarreo durante ou após a refeição;
- ⇒ Dificuldade em gerir secreções orais ou salivares;
- ⇒ Ausência ou fraqueza de uma tosse voluntária ou engolir;
- ⇒ Alterações na qualidade da voz / tom (rouquidão , voz húmida, crepitante ou fraca);
- ⇒ Movimentos diminuídos da boca e língua (parésia facial/ língua);
- ⇒ Diminuição da sensação e percepção do alimento na cavidade oral;
- ⇒ Pigarro frequente;
- ⇒ Acumulação de resíduos alimentares)
- ⇒ Regurgitação oral ou nasal de alimentos / líquidos;

RECOMENDAÇÕES:

- ◊ Posicionamento para a refeição:

SENTADO:

- ⇒ Correto alinhamento de cabeça, tronco e extremidades
- ⇒ Pés bem apoiados no chão / apoio de pés da cadeira de rodas
- ⇒ Região lombar apoiada nas costas da cadeira
- ⇒ Pélvis em posição neutra
- ⇒ Controlar a posição do pescoço

NA CAMA:

- ⇒ A inclinação da cabeceira deverá estar entre 60-80°
- ⇒ pessoa deve permanecer na cama pelo menos 30min com a cabeceira elevada após a refeição, com a finalidade promover o esvaziamento gástrico e a reduzir o refluxo.
- ◊ Promover a Refeição sentado à mesa
- ◊ Ser rotina
- ◊ Várias refeições = vários treinos diários
- ◊ Elemento fundamental para o controlo postural
- ◊ Prevenção de úlceras de pressão