

Prevalência da Disfagia na pessoa com Acidente
Vascular cerebral na fase aguda

Mónica Lisa Gonçalves Ferreira

**Relatório de Estágio apresentado à Escola Superior de Saúde do Instituto
Politécnico de Bragança para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem de
Reabilitação**

Orientação Científica:
Professora Doutora Maria José Almendra Rodrigues Gomes

Bragança, Setembro de 2023



Ferreira, MLG. RELATÓRIO DE ESTÁGIO. Prevalência da Disfagia na pessoa com
Acidente Vascular cerebral na fase aguda

Escola Superior de Saúde. Instituto Politécnico de Bragança.

Bragança, 2023.

Agradecimentos

Gostaria de expressar a minha sincera gratidão a todas as pessoas que me apoiaram e contribuíram para a realização desta tese de mestrado. Sem o apoio deles, esta conquista não teria sido possível.

Primeiramente, quero agradecer à minha orientadora, Professora Maria José, pela orientação experiente, paciência e valiosas contribuições ao longo deste trabalho. A sua dedicação e conhecimento foram fundamentais para o desenvolvimento deste trabalho.

Agradeço também à minha família pelo amor, ânimo e compreensão ao longo destes anos de estudo. As palavras de apoio e incentivo foram uma fonte constante de motivação.

Por fim, gostaria de expressar a minha gratidão ao meu namorado por todo o apoio, carinho e amizade com que me brindou neste percurso e a todas as pessoas que contribuíram direta ou indiretamente para que este relatório de estágio se concretizasse.

A todos muito OBRIGADA!

RESUMO

Enquadramento: Foi desenvolvido este trabalho no âmbito do mestrado em enfermagem de Reabilitação, sendo que a primeira parte do mesmo diz respeito ao relatório de estágio onde são elencadas as competências obtidas e as experiências vividas. A capacidade de deglutição, enquanto processo fisiológico fundamental da alimentação, irá interferir com todos os aspetos da vida social e de lazer, com grande impacto na qualidade de vida da pessoa que sofreu um acidente vascular cerebral (AVC). Assim, torna-se imperativo perceber se o impacto da disfagia é considerável e deve ser visto como uma questão de grande preocupação por todos os elementos envolvidos na equipa multidisciplinar e, neste caso específico, pelo EEER.

Objetivo: Descrever as experiências vividas e as competências obtidas em contexto de estágio e avaliar a prevalência da disfagia em doentes pós acidente vascular cerebral na fase aguda.

Métodos: Estudo de coorte retrospectivo utilizando uma base de dados, criada para este efeito, que inclui informação de todos doentes admitidos numa unidade de AVC entre janeiro e março de 2023.

Resultados: 64 doentes com diagnóstico de AVC, maioritariamente mulheres, com uma idade média de 71,3 anos, prevalece o AVC isquémico com lesão predominante do hemisfério direito. Na admissão há um maior número de doentes que revelaram deglutição comprometida (53,1%), sendo que destes 12,5% apresentaram disfagia ligeira, 14,1% disfagia moderada e 23,4% disfagia grave. Na alta não houve uma alteração significativa destes valores. No entanto, houve um doente que alterou o grau de disfagia ligeira para sem disfagia e outro que, pelo contrário, de sem disfagia passou para disfagia ligeira. A disfagia grave manteve os mesmos valores (23,4%). A disfagia moderada aumentou os valores (17,2%), uma vez que houve dois doentes que agravaram o status de disfagia ligeira para moderada.

Conclusão: Entre o momento da admissão e a alta, nesta amostra, não se verificaram grandes alterações no que diz respeito à gravidade e ao número de doentes com disfagia. Esta monitorização é importante para que se possa trabalhar preventivamente, minimizando as complicações que a disfagia pode espoletar.

Palavras-chave: Transtornos de Deglutição; Acidente Vascular Cerebral; Enfermagem; Reabilitação

ABSTRACT

Introduction: This work was developed as part of the Master's program in Rehabilitation Nursing, with the first part of it relating to the internship report, listing the acquired skills and lived experiences. Swallowing capacity, as a fundamental physiological process in feeding, affects all aspects of social and leisure life, significantly impacting the quality of life for individuals who have experienced a stroke. Therefore, it is imperative to understand whether the impact of dysphagia is considerable and should be a matter of great concern for all members of the multidisciplinary team involved, particularly the EEER

Aim: To evaluate the prevalence of dysphagia in patients during the acute phase following a stroke.

Methods: We conducted a retrospective cohort study utilizing a hospital database specifically created for this purpose, which includes information on all patients admitted to a stroke unit between January and March 2023.

Results: The study comprised 64 patients diagnosed with stroke, predominantly females, with an average age of 71,3 years. Ischemic stroke with predominant right hemisphere lesions was the most prevalent type. Upon admission, a higher number of patients (53,1%) exhibited compromised swallowing function, with 12,5% showing mild dysphagia, 14,1% moderate dysphagia, and 23,4% severe dysphagia. There were no significant changes in these values at the time of discharge. However, one patient transitioned from mild dysphagia to no dysphagia, while another patient changed from no dysphagia to mild dysphagia. Severe dysphagia remained constant at 23,4%. Moderate dysphagia increased in prevalence (17,2%) due to two patients whose status worsened from mild to moderate dysphagia

Conclusion: In this sample, no significant changes were observed in the severity and number of patients with dysphagia between admission and discharge. Regular monitoring is essential to work preventively and minimize the complications that dysphagia may trigger.

Keywords: Swallowing Disorders; Stroke; Nursing; Rehabilitation

SIGLAS

ABVD – Atividades Básicas da Vida Diária

AIT - Acidente Isquémico Transitório

AIVD – Atividades Instrumentais de Vida Diária

AVD – Atividades de Vida Diária

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CDE - Código Deontológico de Enfermagem

DM - Diabetes Mellitus

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

ECCI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EE - Enfermeiro Especialista

EEER - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ECL - Equipa Coordenadora Local

ER - Enfermagem de Reabilitação

FC – Frequência Cardíaca

GUSS – The Gugging Swallowing Screen

HTA - Hipertensão Arterial

IB – Índice de Barthel

IC – Insuficiência Cardíaca

IMC – Índice de Massa Corporal

INE - Instituto Nacional Estatística

OCSP - *Oxfordshire Community Stroke Project*

OMS – Organização Mundial da Saúde

PA – Pressão Arterial

PAD – Pressão Arterial Diastólica

PAS – Pressão Arterial Sistólica

PM6M- Prova Marcha 6 Minutos

REPE- Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

RN – Recém- nascido

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SNC – Sistema Nervoso Central

SNG – Sonda Nasogástrica

SpO₂ – Saturação Periférica de Oxigénio

SPPB- *Short Physical Performance Battery*

TOR-BSST - The Toronto Bedside Swallowing Screening Test

TVM – Traumatismo Vertebro Medular

UCC- Unidade de Cuidados Continuados

UHD- Unidade Hospitalização Domiciliar

UMAD- Unidade Móvel Apoio Domiciliário

Índice

PARTE 1- RELATÓRIO DE ESTÁGIO.....	16
PARTE 2- TRABALHO DE INVESTIGAÇÃO	45
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	46
1.1. Acidente Vascular Cerebral.....	46
1.2. Deglutição	49
1.2.1. Disfagia	52
1.2.2. Avaliação da Disfagia.....	57
1.2.3. Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação.....	62
2. METODOLOGIA.....	71
2.1. População.....	71
2.2. Instrumento de recolha de dados e variáveis em estudo	72
2.3. Procedimentos formais	72
2.4. Limitações do Estudo	73
3. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	73
4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	78
5. IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA PROFISSIONAL.....	81
6. CONCLUSÃO	82
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	84

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Grau de disfagia no Género Masculino	75
Gráfico 2 – Grau de Disfagia no Género Feminino	76
Gráfico 3 – Grau de Disfagia por tipo de AVC na admissão	76

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Domínio da Responsabilidade, Ética e legal e competências Especificas do EEER	17
Quadro 2 - Domínio da Melhoria da Qualidade e Competências Específicas do EEER.	22
Quadro 3- Domínio da Gestão dos Cuidados e Competências Específicas do EEER....	31
Quadro 4 - Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais.....	41

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1- Caracterização da amostra	73/74
Tabela 2 – Grau de Disfagia à admissão	75
Tabela 3 – Grau de Disfagia na alta.....	77

INTRODUÇÃO

A realização deste Relatório insere-se no plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, da Escola Superior de Saúde de Bragança. Este decorreu no primeiro e segundo semestres do curso acima referido, constituindo um documento ilustrativo da aprendizagem adquirida durante o Estágio. O Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação tem como objetivo específico, o desenvolvimento de competências científicas, técnicas e humanas necessárias à prestação de cuidados especializados de enfermagem de reabilitação, a pessoas com problemas de incapacidade, limitação da atividade ou restrição de participação, nos diferentes contextos de cuidados tendo em vista a sua reabilitação e reintegração social (OE, 2011). De modo a desenvolver estas competências foi necessário adquirir saberes específicos, fazer a ligação entre a teoria e a prática, desenvolver um espírito crítico-reflexivo com o intuito de auxiliar a tomada de decisão e também para me ajudar a aprofundar e adquirir conhecimentos para a adaptação a novas situações e consequente resposta aos constantes desafios de Enfermagem.

O estágio referente ao 1º semestre foi realizado na Unidade de Hospitalização Domiciliária (Hospital senhora da Oliveira Guimarães) e na Unidade de Neurocríticos e serviço de Neurocirurgia (Hospital de Braga), entre o período de 18 de abril e 22 de julho de 2022. O estágio correspondente ao 2º semestre decorreu no serviço de Cinesioterapia (Hospital de Braga), no serviço de Ortopedia I (Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa), na ECCI de Cabeceiras de Basto e na Unidade de Cuidados Continuados de Fafe, entre o período de 01 de agosto de 2022 e 14 de fevereiro de 2023.

A elaboração deste Relatório surge com o intuito de realçar o que foi realizado durante o Estágio, através de uma reflexão sobre as atividades desenvolvidas, relatar as situações/problemas encontrados; analisar as estratégias sugeridas e respetiva implementação para a sua resolução; assim como, refletir sobre as competências adquiridas, à luz do respeito pelos princípios Éticos e Deontológicos descritos no Código Deontológico do Enfermeiro (CDE) (OE, 1996).

O estágio desempenha um papel fundamental na combinação dos conhecimentos adquiridos em várias unidades curriculares, fundindo a teoria com a prática. O campo de atuação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) engloba a

peessoa ao longo de todas as fases da sua vida, especialmente aquelas com necessidades especiais. Isso ocorre à medida que o EEER projeta e executa intervenções destinadas a otimizar e/ou reabilitar funções ao nível motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade (OE, 2011).

Assim é responsabilidade do EEER desenvolver e implementar programas de treino de Atividades de Vida Diária (AVD), com o objetivo de a pessoa se ajustar às limitações provocadas pela imobilidade e promover a máxima independência. Além disso, deve implementar programas de treino motor e cardiorrespiratório cruciais para alcançar a independência e autonomia (OE, 2011).

Na verdade, a informação, o conhecimento e a sabedoria representam valores críticos e reflexivos cuja natureza dinâmica e operacional constitui as condições para o bom comportamento humano. Deste ponto de vista, os enfermeiros necessitam cada vez mais de desenvolver o conhecimento científico e a sua aplicação prática no que diz respeito aos cuidados que prestam, para poderem responder eficazmente aos vários desafios que diariamente surgem relacionados com o seu desempenho profissional.

Desenvolvo a minha atividade profissional, enquanto enfermeira, numa Unidade de Acidente Vascular Cerebral (UAVC), integrada no serviço de Medicina Interna. Deparo-me todos os dias com pessoas vítimas de Acidente Vascular Cerebral (AVC), e que encontram a sua autonomia ameaçada devido a esse evento, incluindo todas as estruturas implicadas no processo de deglutição. A média de idades das pessoas que sofrem um AVC é cada vez menor e por isso torna-se uma grande preocupação a vida, pós evento, destas pessoas. O comprometimento da deglutição tem um grande impacto no nível de autonomia e segurança do doente e a reduzida literacia em saúde, aliada à falta de educação/formação leva ao prolongamento do tempo de internamento. As equipas de enfermagem e em particular o EEER devem fazer um trabalho de proximidade com os doentes e famílias para que, no momento da alta hospitalar, quer doente quer as famílias se sintam preparadas para conviver e ter respostas para as suas dificuldades no que, em concreto à deglutição, diz respeito. A reeducação da deglutição tem como objetivo proporcionar intervenções terapêuticas para aprimorar a deglutição, preservar ou recuperar a capacidade de alimentação de forma segura e, ao mesmo tempo, minimizar o impacto da doença.

Segundo Afaf Melais, as intervenções de enfermagem de reabilitação podem ser compreendidas como um contínuo processo de intervenção ao longo da transição, capacitando as pessoas afetadas e desencadeando respostas positivas durante a transição, o que pode restaurar uma sensação de bem-estar (Guimarães & Silva, 2023). Os enfermeiros que promovem o cuidado transicional valorizam a pessoa, já que os cuidados dispensados estão associados ao desenvolvimento humano, beneficiando a maturidade e o crescimento pessoal mediante um maior equilíbrio e estabilidade. A Teoria de Enfermagem do Déficit de Autocuidado, de Orem, descreve a enfermagem como uma profissão que satisfaz as necessidades de autocuidado dos indivíduos, para que estes prolonguem a vida e a saúde ou recuperem do seu estado de doença (Orem, 2001). A dependência do autocuidado assume-se como um foco primordial no processo de cuidados dos EEER, no sentido de capacitar o indivíduo no desempenho das atividades que constituem cada um dos domínios do autocuidado. Em relação à deglutição esta teoria adequa-se à forma como o EEER deve agir perante o doente com este autocuidado comprometido, uma vez que vai alterar a sua qualidade de vida, do ponto de vista funcional e do ponto de vista da visão do mesmo enquanto pessoa. Dado que altera a sua capacidade de ter uma alimentação normal tendo que realizar alterações à consistência dos alimentos o que não proporciona vontade e apetite para comer esses alimentos e também não se sente bem em realizar as refeições perto de outras pessoas uma vez que existem sempre uma série de questões acerca deste tipo de alimentos.

A elaboração deste trabalho tem como objetivos:

- Identificar a prevalência da disfagia em doentes pós acidente vascular cerebral na fase aguda;
- Caracterizar a população do ponto de vista das variáveis sociodemográficas;
- Propor a criação de intervenções no âmbito da Enfermagem de Reabilitação direcionado para a pessoa vítima de AVC com disfagia.

PARTE 1- RELATÓRIO DE ESTÁGIO

O constante progresso dentro de qualquer profissão demanda uma busca contínua por aprimoramento e atualização, o que resulta em profissionais mais qualificados e uma utilização mais eficaz dos recursos disponíveis. A enfermagem está inserida nesse avanço, o que, no contexto do desenvolvimento profissional dos enfermeiros, capacita-os a atender de forma mais eficaz as necessidades da população, e para isso *“opte por uma área de especialização (...), com inerente certificação das competências especializadas”* (Barata, 2016).

Para iniciar, é fundamental contextualizar e definir o conceito de competência. A Ordem dos Enfermeiros (OE) (2003) descreve-a como *“um nível de desempenho profissional demonstrador de uma aplicação efetiva do conhecimento e das capacidades, incluindo ajuizar”*.

A OE (2019) define que, o Enfermeiro Especialista (EE) é o profissional *“a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem”*. Este documento define quatro domínios de competências comuns, como aqueles que são transversais a todos os EE, independentemente da sua área de intervenção, nomeadamente: *“responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais”* (OE, 2019).

A OE, em 2019, realizou uma atualização ao Regulamento das Competências Específicas do EEER e nesse documento podem elencar-se as respetivas competências e são elas: *“a) Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados; b) Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania; c) Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa”*

Com o objetivo de alcançar tanto as competências gerais do EE como as específicas do EEER, foram estabelecidos objetivos específicos, que a seguir se descrevem, que foram concretizados ao longo do estágio.

1. Integrar a equipa multidisciplinar ao nível dos diferentes locais de estágio, identificando a intervenção do EEER;

2. Aperfeiçoar a tomada de decisão respeitando os direitos humanos, e tendo como base os princípios éticos e deontológicos profissionais;
3. Realizar intervenções de reabilitação individualizadas à pessoa com alterações sensorio motoras e/ou alterações da eliminação e/ou com patologia cardiorrespiratória nos diferentes contextos, visando a maximização das funções, a prevenção de complicações e incapacidades;
4. Ampliar conhecimentos nos domínios científico, técnico e humano na área da enfermagem de reabilitação;
5. Participar na implementação de projetos e programas de saúde com vista a melhoria da qualidade dos cuidados de ER;
6. Promover um ambiente seguro na prestação de cuidados de ER à pessoa e à sua família/cuidador, nos diferentes locais de estágio;
7. Prestar cuidados de ER à pessoa com alterações sensoriomotoras, do foro cardiorrespiratório ou com alterações da eliminação, maximizando a funcionalidade da pessoa através do treino de AVD, tendo em conta as adaptações necessárias à condição da pessoa;
8. Demonstrar conhecimentos, acerca de legislação/apoios, que promovam a mobilidade, a participação social e a acessibilidade de acordo com as necessidades identificadas;
9. Colaborar com a equipa multidisciplinar no desenvolvimento e gestão dos cuidados de ER, no sentido da melhoria da qualidade dos cuidados e da segurança;
10. Implementar programas de treino motor e cardiorrespiratório na pessoa com alterações sensorio motoras, e/ou patologia cardiorrespiratória e/ou com alterações da eliminação;
11. Praticar o autoconhecimento de forma a facilitar o relacionamento com a pessoa e a equipa multidisciplinar;
12. Basear a prática clínica especializada na mais variada e atualizada evidência científica;

Posto isto, em jeito de reflexão, irei recordar as experiências que vivi durante o meu estágio e refletir sobre o desenvolvimento das competências que adquiri recentemente.

1.1. Domínio da Responsabilidade, Ética e Legal e Competências Específicas do EEER

Quadro 1 - Domínio da Responsabilidade, Ética e legal e competências Especificas do EEER

Competências Comuns e Específicas
Competência A1 – Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção.
Competência A2 – Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.
Competência J1 – Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados

Na profissão de Enfermagem e particularmente em ER, a *“ética sugere uma reflexão do enfermeiro de si próprio e no modo como exerce a sua profissão, procurando os valores e princípios que justificam as suas ações no seu exercício profissional, visando o respeito integral e dignidade pela pessoa cuidada”* (Deodato, 2016). O segundo objetivo que estabeleci desempenha um papel fundamental que abrange e atravessa todas as facetas da minha profissão. Ele desempenha um papel central na maneira como interajo com os doentes e foi refinado ao longo das minhas experiências durante o estágio, influenciando a minha postura, comportamento e as escolhas que faço diante das diversas situações que encontro na minha prática de cuidados diária. Visando a preservação da autonomia, da capacidade de decisão das pessoas e a proteção da privacidade a minha conduta sempre foi no sentido da valorização da dignidade de cada indivíduo, independentemente de qualquer forma de discriminação, e reconhecendo a importância dos princípios universais. No cumprimento das suas responsabilidades, o EEER deve realizar as suas tarefas com segurança e profissionalismo, baseando-se em princípios éticos e deontológicos. Isto envolve uma avaliação contínua das práticas mais adequadas e das preferências individuais do doente (OE , 2019).

Considerando fundamental o objetivo de padronizar o tratamento e garantir a segurança e qualidade foi essencial integrar-me de forma progressiva na equipa multidisciplinar, compreendendo a intervenção do EEER nos diferentes contextos de cuidados ((Obj) 1). De modo a atingir uma integração eficaz nos diferentes locais de estágio escolhidos, foram conduzidas visitas aos serviços e entrevistas breves para

entender as funções desempenhadas pelo EEER. Além disso, procurei aprimorar a minha integração, para isso fui consultando manuais de procedimentos, protocolos dos serviços, instrumentos e escalas de avaliação e registo. Na Equipa Cuidados Continuados Integrados (ECCI) pude perceber que é o EEER que faz a avaliação do doente que ingressa na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) e fica a gerir o seu processo (gestor de caso), articulando-se com a restante equipa para completar e satisfazer as necessidades em saúde (Ex: centro de saúde de saúde, médico de família, câmara municipal ou junta de freguesia e restante equipa multidisciplinar). Na Unidade de Cuidados Continuados (UCC) de Medelo (Fafe) pude participar em várias reuniões, nomeadamente, a mensal, com a Equipa Coordenadora Local (ECL), onde estão presentes a médica da UCC e a enfermeira da ECL, as enfermeiras gestoras da UCC e as assistentes sociais. É neste momento em que é partilhada informação pertinente de cada doente, de forma a perceber em que situação se encontram e se já atingiram todos os objetivos propostos no início do internamento, a sua situação social, se existe retaguarda familiar, se é benéfico a transição para outra tipologia (de curta para longa duração por exemplo). Assisti ainda à reunião multidisciplinar, em que estão presentes fisioterapeutas, terapeuta ocupacional, psicóloga, assistente social, enfermeira generalista, EEER e terapeuta da fala. É realizada uma vez por mês, e aqui discute-se os resultados positivos e também os negativos dos doentes, de forma a identificar os fatores facilitadores e os inibidores e assim conseguir reformular o programa de reabilitação, tendo em conta todas as opiniões. Tive ainda oportunidade de estar presente numa conferência familiar, em que a assistente social e diretora técnica, após conferência com o EEER, reúnem com o prestador de cuidados, de modo a perceber se existe apoio pós alta de acordo com a dependência do utente e qual a melhor solução pós alta. Pude perceber com a participação nestas reuniões o papel preponderante do EEER, pois este é capaz de identificar as necessidades do doente a todos os níveis, prestando, em parceria com toda a equipa multidisciplinar, cuidados especializados em enfermagem de reabilitação, influenciando todo o processo de reabilitação, tornando -o mais facilitador.

O suporte que me foi oferecido pelas equipas durante o meu trajeto nos diferentes estágios, foi essencial para meu contínuo desenvolvimento de autonomia, refletindo-se numa postura progressivamente mais proativa. Desta forma, revelou-se crucial participar nas passagens de turno, absorvendo as informações compartilhadas pelos colegas e conduzindo numa avaliação abrangente dos doentes, envolvendo a análise dos registos

clínicos e dos resultados dos exames de diagnóstico, possibilitando o planejamento dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação a serem realizados durante o turno.

Durante o estágio, a minha conduta foi pautada pelo CDE e Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE). Isto envolve a criação de planos de cuidados personalizados em colaboração com os doentes e famílias, levando em consideração as suas preferências. Adaptei os métodos de assistência de acordo com as vulnerabilidades identificadas, como crenças religiosas, condições de habitacionais e situação social, sempre preservando a autonomia e a liberdade de escolha dos doentes. Furneci informações detalhadas sobre os objetivos das intervenções e esclareci as dúvidas da pessoa e família. Procurei constantemente estabelecer uma negociação colaborativa no plano de reabilitação, trabalhando em parceria com a pessoa na tomada de decisões. Reconheci a singularidade do indivíduo dentro de seu contexto familiar e promovi a consciencialização sobre a importância da relação terapêutica como uma ferramenta essencial para impulsionar o processo de reabilitação. Também melhorei o meu conhecimento sobre a construção e manutenção dessa relação terapêutica.

Na UCC de Medelo, notei que a pessoa que tinha sofrido um AVC apresentava significativas mudanças na sua funcionalidade, refletindo-se em restrições motoras e sensoriais, desafios na compreensão, questões sociais e emocionais (OMS, 2003). Perante os desafios enfrentados, em todas as situações de cuidados, procurei compreender as reais necessidades do doente, planejando as intervenções com base na negociação e levando sempre em consideração a sua vontade, crenças pessoais e religiosas, valores e objetivos de vida. Garanti a preservação da intimidade, privacidade e singularidade de cada doente, promovendo a humanização dos cuidados oferecidos e mantendo o respeito pela dignidade da pessoa assistida, que é o alicerce fundamental dos princípios éticos em enfermagem (OE, 2015).

De modo a conseguir alcançar o objetivo 3, por mim definido, no âmbito da aquisição de competências, tive que adquirir conhecimentos aprofundados na área de enfermagem de reabilitação que me permitissem cuidar de pessoas com necessidades específicas, em todos os contextos da prática de cuidados. De acordo com as diretrizes da (OE, 2019), EEER fundamenta o seu processo de tomada de decisão na conceção, implementação, monitorização e avaliação de programas de reabilitação que se desenrolam em várias fases. Estas fases incluem a recolha de dados, identificação dos problemas, estabelecimento de objetivos, implementação de intervenções específicas,

avaliação dos resultados, preparação para a alta, identificação de novas intervenções ou conclusão do programa de reabilitação (Gowland e Basmajian, 1996). Com o propósito de organizar a minha abordagem na prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação nos diversos cenários clínicos, orientei-me pelos documentos de registo utilizados em cada local de estágio. Além disso, recorri às orientações apresentadas por Menoita et al. (2012), que enfatizam a importância de uma avaliação completa da pessoa como base para a individualização dos cuidados de ER. Também tomei como referência os princípios subjacentes à Teoria das Transições de Afaf Meleis. Esta teoria sublinha a necessidade de os enfermeiros compreenderem o desenvolvimento e evolução do indivíduo e da sua família ao longo do ciclo de vida, reconhecendo as dificuldades e acertos às novas circunstâncias que podem gerar instabilidade. Deste modo, procurei auxiliar as pessoas a atravessar essas transições de forma saudável, promovendo uma prática de enfermagem mais humanizada e holística. Expandindo a minha abordagem de cuidados e complementando-a com os princípios da Teoria de Orem, integrei competências específicas associadas à atuação do EEER. Isso possibilitou alcançar com eficácia o objetivo da reabilitação, que envolve a prestação de várias intervenções destinadas a eliminar, reduzir ou superar as barreiras que causam desvantagens para o doente e/ou a sua família.

Antes de desenvolver qualquer plano de reabilitação, é de extrema importância realizar uma avaliação inicial, conforme sugerido por Hoeman (2011). Em ambiente hospitalar, esta avaliação foi simplificada através da análise do processo clínico do doente, exames complementares de diagnóstico e revisão de análises, enfatizando a observação direta e a realização de entrevistas. A utilização regular dos registos médicos e de enfermagem, assim como a colaboração com a equipa multidisciplinar, desempenharam um papel crucial neste processo. No hospital de Braga, no serviço de Neurocirurgia, havia ainda a possibilidade da inclusão da família/cuidador neste processo uma vez que têm em curso o projeto “*Cuidar em Parceria*” o que permitia que o cuidador estivesse presente no período de cuidados e a sua participação nos mesmos. Mas também era bastante importante pelo facto de se poder apurar antecedentes pessoais e familiares, história social, hábitos de vida e condições habitacionais, qualidade de vida afetada e suas dimensões. Neste serviço os cuidados de enfermagem concentraram-se principalmente em doentes com sequelas decorrentes de condições neurológicas, levando a que os cuidados de reabilitação se direcionassem para as áreas sensoriomotoras, cognitivas,

alimentares e de eliminação. Durante o exame físico, procurei realizar uma avaliação neurológica detalhada, num ambiente tranquilo, que englobou a análise do estado de consciência, da força e tônus muscular, da coordenação motora, da sensibilidade, do equilíbrio e da marcha.

Na ECCI, a colheita de informações foi facilitada pelo facto de que a família ou o cuidador estavam sempre presentes, uma vez que os cuidados eram prestados no domicílio da pessoa. Isso tornou mais acessível a obtenção de dados relacionados ao contexto social e habitacional do indivíduo. Este ambiente de cuidados proporcionou um contato mais próximo com a pessoa e a sua família, destacando a importância destes fatores na continuidade dos cuidados de enfermagem e, conseqüentemente, na promoção das atividades de autocuidado para pessoas em situação de dependência.

Na condução do processo de reabilitação nos locais de estágio, utilizei ferramentas de avaliação que, de acordo com Hoeman (2011), representam um recurso valioso para avaliar a incapacidade, acompanhar o progresso, facilitar a comunicação com a equipa multidisciplinar, medir a eficácia e os resultados das intervenções de enfermagem, além de contribuir para a documentação e a continuidade dos cuidados prestados. Os instrumentos de avaliação mais utilizados foram a Escala de Ashworth, para avaliação do tônus muscular, a Medical Research Council, para avaliação da força muscular, a Escala Modificada de Borg, para avaliação da dispneia, a Escala de Braden, para avaliação do risco de desenvolvimento de Úlceras por Pressão, a Escala de Morse, para avaliação do risco de queda, o Índice de Barthel e a escala de Medida de Independência Funcional (MIF), para avaliação do grau de dependência da pessoa na realização das AVD sendo a última, também utilizada na avaliação da comunicação e cognição social. Recorri também ao Mini Mental teste, Prova de Marcha de 6 Minutos (PM6M), *Short Physical Performance Battery* (SPPB) que me permitiram perceber o estado atual do doente e o tipo de plano que era mais indicado para o mesmo.

Através da análise e interpretação dos dados, bem como da identificação das necessidades de cuidados da pessoa, pude formular os diagnósticos de enfermagem de reabilitação e elaborar um plano de reabilitação personalizado.

Na Unidade Hospitalização Domiciliária (UHD), na prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação abrangeu um amplo espectro de situações, concentrando-se em pessoas com disfunções respiratórias, sensoriomotoras e de eliminação. Neste

contexto, tive a oportunidade de prestar cuidados a indivíduos com comprometimento funcional decorrente de diversas condições médicas, incluindo, mas não se limitando a, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), AVC, Prótese Total da Anca, Prótese Total do Joelho, demências, Insuficiência Cardíaca (IC), paraplegias, entre outras.

Durante os meus estágios, os planos de cuidados englobaram intervenções de reabilitação sensório-motora e cognitiva, bem como estratégias voltadas para a melhoria da alimentação e eliminação. Além disso, foram implementados exercícios de reabilitação da função cardiorrespiratória, que desempenharam um papel significativo no meu desenvolvimento de competências na área da enfermagem de reabilitação.

1.2 Domínio da Melhoria da Qualidade e Competências Específicas do EEER

Para desenvolver as habilidades abrangidas por este domínio, é fundamental compreender que a busca pela excelência na qualidade requer uma avaliação crítica das práticas existentes e a implementação de iniciativas que visem a melhoria contínua de forma a assegurar a segurança e a qualidade dos cuidados (OE , 2019). Esta competência é abrangente e relaciona-se com várias competências específicas do EEER, concentrando-se, em particular, na capacitação de pessoas com deficiência, na superação de limitações na atividade e na promoção da reintegração e pleno exercício da cidadania (OE , 2019). Portanto, serão apresentadas as etapas do programa de atividades que possibilitou a aquisição das competências delineadas a seguir.

Quadro 2- Domínio da Melhoria da Qualidade e Competências Específicas do EEER

Competências Comuns e Específicas
Competência B1 – Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte de iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.
Competência B2 – Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade.
Competência B3 – Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.
Competência J2 – Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania.

Para aprimorar a qualidade dos cuidados, utilizei como referência os documentos emitidos pela OE, em particular o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação, que enfatiza a importância do ER pautar a sua prática nas melhores evidências científicas disponíveis, com o propósito de promover uma contínua melhoria na qualidade do exercício profissional e nos cuidados oferecidos (OE, 2019). Deste modo, durante o estágio procurei sempre ampliar conhecimentos na área da prestação de cuidados de ER, e utilizar a melhor evidência publicada (Objetivo 4).

Recorri também à bibliografia disponível em revistas, livros, artigos científicos, *sites* e ainda bases de dados de forma a consolidar e adquirir novos conhecimentos. Também utilizei o conhecimento adquirido durante as unidades curriculares que antecederam o estágio. A incorporação dos conteúdos teóricos, teórico-práticos e práticos desempenhou um papel crucial na expansão dos meus conhecimentos humanos, técnicos e científicos.

Para além do mencionado, recorri regularmente ao conhecimento dos enfermeiros orientadores, bem como a documentos disponíveis nos locais de estágio, informações cruciais para a solidificação dos meus conhecimentos. Neste âmbito, acredito que este objetivo foi alcançado e servirá como uma base sólida para o trabalho futuro.

É fundamental que em todos os cenários de prática clínica, os enfermeiros estejam conscientes da importância de desenvolver e aplicar programas de aprimoramento para atender às crescentes demandas na prestação de cuidados de saúde (DGS e Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar, 2016). Portanto, no quarto campo de estágio, participei na implementação de projetos e programas de saúde, de melhoria da qualidade, na prestação de cuidados de ER (Obj. 5). Colaborei estreitamente com as enfermeiras orientadoras para identificar as necessidades específicas de cada serviço.

Durante o estágio realizado no serviço de Ortopedia, tive a oportunidade de participar num dos projetos implementados pelos EEER intitulado de “*Respire por Si*”. Consiste na implementação de alguns exercícios respiratórios e utilização do espirómetro de incentivo. Tem como objetivos a prevenção de complicações respiratórias relacionadas com a imobilização no idoso com fratura proximal do fémur e diminuir em 5% o número de dias de internamento do idoso com fratura proximal do fémur (Pereira, 2022).

Para além da participação neste projeto, ao longo do estágio fui identificando diversas necessidades individuais, que mediante discussão com a enfermeira orientadora, procurei dar resposta. Assim tive oportunidade de criar um folheto sobre técnicas de conservação de energia, direcionado para os doentes com IC (Anexo A). A elaboração deste documento surge do facto de na Unidade Móvel Apoio Domiciliário (UMAD) existirem vários doentes com IC terminal com necessidade de perfusão contínua de furosemida através de infusor elastométrico. Aquando a minha observação, os doentes não tinham qualquer tipo de conhecimento destas técnicas e por vezes exacerbavam o seu estado por esse mesmo desconhecimento. Assim o folheto, que poderá ser entregue ao doente ou ao cuidador, pode ser consultado a qualquer momento em caso de dúvida.

No serviço de Ortopedia criei também um folheto acerca dos cuidados no uso do colete de Jewett (Anexo B). Apesar de ser um serviço com bastantes documentos de apoio para entrega aos doentes senti necessidade da elaboração deste, uma vez que as cirurgias à coluna são bastante recorrentes no serviço.

No contexto da melhoria dos cuidados, é de extrema importância a promoção de um ambiente terapêutico e seguro para a pessoa e sua família/cuidador durante a prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação (Obj. 6). Diante deste objetivo, surge uma questão central: *“o que fazer e como fazer para que os cuidados que prestamos comportem o menor risco possível, ou seja, sejam mais seguros?”* (Oliveira, 2007). Em primeiro lugar, é fundamental que o processo de melhoria contínua da qualidade, com enfoque na segurança dos doentes, seja capaz de identificar, avaliar e classificar os riscos, identificando as medidas de melhoria a serem implementadas (DGS, 2015). A gestão do risco é um processo colaborativo que procura assegurar a maior segurança possível para os doentes, prevenindo incidentes que, na maioria das situações, ocorrem devido a deficiências na organização, coordenação ou comunicação, os quais têm o potencial de afetar a qualidade do Sistema Nacional de Saúde (DGS, 2015). Destacam-se 5 pilares do Plano nacional para a segurança dos Doentes 2021-2026, sendo eles, Cultura de segurança; Liderança e Governança; Comunicação; Prevenção e gestão de incidentes de segurança do doente e Práticas seguras em ambientes seguros (Saúde, Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021 -2026, 2021).

A maioria dos doentes que fazem parte da UCC e ECCI são encaminhados através da equipa de gestão de altas do hospital em que estavam internados. A comunicação entre as instituições, muitas vezes, limita-se a uma nota de alta que nem sempre reflete o

programa de reabilitação já iniciado, o que pode representar um processo potencialmente arriscado. Na minha perspectiva, seria de grande importância estabelecer protocolos de cooperação entre as várias instituições, com o objetivo de assegurar a continuidade dos cuidados e garantir que o programa de reabilitação seja ininterrupto, mesmo durante a transferência do doente.

Também na ECCI, pude observar que o EEER desempenha um papel fundamental no processo de gestão de risco. É da sua responsabilidade garantir a qualidade e a continuidade dos cuidados de reabilitação, pois a interrupção desses cuidados ao entrar na comunidade pode resultar na perda de habilidades previamente adquiridas e no surgimento de novas complicações, levando, em última instância, a readmissões hospitalares (Rodrigues, 2008). Portanto, é fundamental que os ensinamentos sejam realizados de maneira consciente, responsável e transparente, incluindo ativamente o doente, a família e/ou o cuidador, garantindo a sua validação. A abordagem centrada no doente/família desempenha um papel fundamental na melhoria da capacidade de cuidar, reduzindo os potenciais impactos negativos associados à transição do ambiente hospitalar para o domicílio (Almeida, Miranda, Rodrigues e Monteiro, 2005). É fundamental que o EEER reconheça a presença da família/cuidador como uma constante, visto que o internamento representa apenas uma circunstância temporária na vida da pessoa.

A reabilitação “*é um processo centrado no doente*” (DGS, 2011), com o objetivo principal de capacitá-la para o autocuidado e alcançar o máximo de funcionalidade possível em termos de funções corporais, atividade e participação (OE, 2019). Assim, “prestar cuidados de ER à pessoa com alterações sensório motoras, do foro cardiorrespiratório ou com alterações da eliminação, maximizando a funcionalidade da pessoa através do treino de AVD, tendo em conta as adaptações necessárias à condição da pessoa” (Obj. 7), tornou-se um objetivo imperioso de alcançar.

Na UCC, os doentes com o diagnóstico de AVC participavam ativamente num programa de reabilitação contínuo que abrangia o ensino e treino das AVD. Este aspecto é de grande relevância, pois contribui de maneira significativa para aumentar a autonomia no desempenho das atividades de autocuidado, considerando as mudanças na sua condição motora e cognitiva (Rodrigues, 2008; Hoeman, 2011). Neste âmbito, a minha atuação relacionada à AVD higiene ocorreu pela manhã, envolvendo o ensino e treino da higiene pessoal, seja no chuveiro ou com recurso à cadeira higiénica. Procurei saber se em ambiente domiciliário o doente possuía polibã ou banheira. Caso existisse apenas

banheira, realizei o ensino sobre o benefício de adquirir o polibã, e, quando essa aquisição não era possível aconselhei a aquisição de cadeira rotativa de banheira, dado a sua estabilidade e segurança. Procurei incentivar a pessoa a utilizar as suas habilidades ao máximo durante a execução desta atividade de autocuidado. A minha abordagem seguiu os princípios essenciais, como encorajar a lavagem de todo o corpo, inclusive a região mais afetada, e não desconsiderando esse hemicorpo (Vigia, Ferreira e Sousa, 2016). Recordo-me de usar a técnica de adaptação da esponja, comumente usada em meios hospitalares, à mão afetada de uma doente, fazendo uma abertura em cada extremidade da mesma, o EEER conduz o membro superior do doente para que este possa lavar o membro superior não afetado. Posteriormente foi instruída e treinada a lavar a parte inferior do corpo utilizando de forma semelhante a técnica da esponja. Era uma doente na faixa etária dos 50 anos com um défice motor acentuado no membro superior direito (membro dominante), e que estava bastante deprimida com toda a situação e pelo facto de não conseguir realizar as suas tarefas autonomamente. Com a instituição desta simples técnica, conseguimos que ela demonstrasse felicidade e esperança na sua recuperação e por se tornar mais autónoma nesta AVD. Outra estratégia adotada foi o uso de um espelho durante a realização desta atividade, uma vez que é vantajoso para a reintegração da imagem corporal da pessoa. Permite realizar ajustes na postura e contribui para uma maior autonomia no autocuidado (DGS, 2010). Além disso, facilita tarefas como pentear, fazer a barba, aplicar maquilhagem e a higiene oral, bem como organizar os objetos de forma que possam ser visualizados com facilidade.

Ainda na UCC, consegui realizar intervenções no que respeita a AVD vestir-se/despir-se. O ensino e o treino das estratégias adaptativas ocorreram principalmente durante a manhã, após a higiene pessoal. A abordagem foi personalizada, levando em consideração as necessidades individuais e a capacidade funcional de cada pessoa. Assim, procurei encorajá-los pela escolha do vestuário adequado, concentrando a minha intervenção no ensino das características do vestuário e calçado mais adequados às suas limitações. O ensino e treino ocorriam na unidade do doente, com as cortinas fechadas para garantir total privacidade. A casa de banho era o local preferencial, embora em situações que pudessem comprometer a segurança do doente, como desequilíbrio, esta atividade era realizada no leito. Durante o estágio, adotei uma abordagem holística ao considerar o doente como um ser completo, não limitando a minha intervenção apenas ao

ensino e treino de estratégias adaptativas para as AVD mencionadas, mas também abrangendo aspetos essenciais no processo de cuidados de reabilitação.

Ao nível da AVD da eliminação vesical, destaco o serviço de Neurocirurgia, onde pude realizar ensinamentos acerca de cateterismo intermitente. Recordo-me de um doente do sexo masculino que estava internado por lesão medular a nível sacral e por esse motivo desencadeou bexiga neurogénica. Pude realizar os ensinamentos acerca da técnica correta de esvaziamento vesical intermitente, quer em meio hospitalar quer em contexto de domicílio; ensinamentos sobre a realização da carta miccional com períodos estabelecidos (4/4h, e se o volume fosse superior a 400 ml terá que se diminuir o intervalo) e esquema de ingestão hídrica. Tive ainda oportunidade de monitorizar o volume residual através de ecógrafo. Aconselhei o doente acerca das melhores sondas de esvaziamento, nomeadamente as de revestimento hidrofílico, calibre 12-14 e que sob receita médica SNS são 100% comparticipadas, assim como os kits de algáliação, lubrificantes e sacos coletores (portaria 92-E/2017).

Pude intervir na AVD da eliminação intestinal, quer no serviço de neurocirurgia em doentes com diagnósticos de traumatismo vertebral medulares (TVM), quer na ECCI em doentes com o diagnóstico de AVC. A maioria dos doentes exibia um quadro de obstipação, o que, de acordo com as informações de Branco e Santos (2010), está associado à redução da atividade reflexa intestinal e dos movimentos peristálticos, resultante da imobilidade geral. Portanto, procurei estabelecer uma relação de colaboração com o doente e família, e destaco a importância de ambos na identificação dos padrões intestinais anteriores (Rocha e Redol, 2016). Procurei garantir privacidade e conforto, estabelecer um horário regular para a evacuação (preferencialmente o mesmo horário que o doente tinha antes do AVC), discutir com o doente a necessidade de evacuar após as refeições, aproveitando o reflexo gastrocólico (Hoeman, 2011), recomendar uma dieta rica em fibras, incentivar a ingestão adequada de líquidos e, se necessário, considerar o uso de laxantes.

No que diz respeito ao treino da AVD alimentar-se, concentrei a minha intervenção em indivíduos que apresentavam disfagia. O objetivo do programa terapêutico implementado foi melhorar a deglutição de alimentos e líquidos, reduzindo o risco de aspiração (World Gastroenterology Organisation, 2014). De acordo com Braga (2016), a abordagem do EEER à pessoa com disfagia deve basear-se em diversas estratégias, incluindo abordagens posturais, sensoriais, ajustes no volume e consistência

dos alimentos, apresentação adequada dos alimentos e controlo do ambiente. Além disso, são empregadas estratégias terapêuticas diretas (envolvendo alimentos) ou indiretas (sem alimentos), como manobras específicas de deglutição e exercícios neuromusculares. As estratégias compensatórias são adaptadas de acordo com as necessidades individuais dos doentes e o tipo de disfagia. Essas estratégias envolvem proporcionar uma posição confortável para o doente, criar um ambiente tranquilo, administrar pequenas porções de alimentos para evitar acúmulo na cavidade oral, ajustar a consistência dos líquidos ou alimentos (muitas vezes com o uso de espessante), utilizar produtos de apoio para a alimentação e fornecer orientações à família, entre outras medidas, foram estas as intervenções implementadas relacionadas com este assunto.

O AVC é considerado uma das doenças mais debilitantes devido ao seu impacto abrangente nas funções humanas, sobretudo na mobilidade. É evidente a presença de défices que englobam perda de força muscular, desregulação do tónus muscular, deterioração do controlo postural e alterações nas funções sensoriais e preceptivas (Cancela, 2008). Nesse sentido, o EEER estabelece como objetivos a prevenção ou redução da espasticidade, a promoção da sensibilidade, o treino de equilíbrio, a reeducação do mecanismo reflexo postural e o estímulo dos movimentos no lado mais afetado (Menoita et al., 2012). No âmbito das intervenções realizadas, destaco a implementação de um programa de mobilizações que abrange mobilizações passivas, mobilizações ativas-assistidas, mobilizações ativas e mobilizações ativas-resistidas. Além disso, foi aplicado o posicionamento em padrão antispástico como medida preventiva contra o desenvolvimento da espasticidade. Foram também conduzidas atividades terapêuticas no leito, como o rolar, realização da ponte, mobilização controlada da anca, auto mobilizações e exercícios de carga no cotovelo afetado. Adicionalmente, foram efetuados exercícios de equilíbrio tanto na posição sentada quanto na posição de pé, juntamente com o treino da motricidade fina e da coordenação de movimentos, colocação de talas *margaret johnson* (membro superior e inferior), colocação de ortóteses (*foot up*; calção de abdução, suporte de braço com imobilizador de ombro, tala de *depuy*, calares cervicais (moles e *philadelphia*)) e treino de posição ortostática em *Standing Frame*. Para além do doente com AVC, a maioria destas intervenções também foi realizada em contexto hospitalar, nomeadamente com doentes com TVM e internados em Unidade de Neurocríticos, posteriormente em enfermaria e também no serviço de ortopedia.

Relativamente à AVD transferir-se, realizei maioritariamente ensino e treino de transferência do doente da cama para o cadeirão/cadeira de rodas, e desta para a cama, sendo também contemplados ensinamentos de transferência entre a cadeira de rodas e o carro, sanitária ou para a cadeira higiénica. Esta AVD foi treinada ao longo dos vários ensinamentos clínicos e com as especificidades que cada um exige. Na ECCI e na UCC instruí e treinei os doentes e os seus cuidadores, relativamente à forma correta de transferência no doente com AVC. Segundo as fontes consultadas, é recomendado que a pessoa com hemiplegia ou hemiparesia saia da cama pelo lado mais afetado e entre pelo lado menos afetado (OMS, 2003; Vigiá et al., 2016), no entanto, procurei não uniformizar os ensinamentos ministrados, ajustando-os de acordo com a situação específica de cada pessoa e ao seu ambiente habitacional. No doente do foro ortopédico, as transferências são instruídas e treinadas de forma diferente, possibilitando à pessoa ser mais autónoma, assim sendo deve sair da cama pelo lado não operado e entrar para a cama pelo mesmo lado, e assim não realiza rotações exageradas e carga no membro operado.

As diversas técnicas mencionadas foram altamente benéficas na preparação da pessoa para o treino da AVD Andar/Andar com auxiliar de marcha. É importante notar que a mobilidade não se limita apenas à deambulação (Foeller, 2006). Portanto, procurei desenvolver estratégias adaptativas com a pessoa para o uso adequado de cadeiras de rodas e outros auxiliares de marcha, como bengalas, tripés e andarilhos. Além dos métodos mencionados anteriormente, também me dediquei ao ensino e ao treino da marcha controlada em pessoas que sofreram AVC e apresentavam hemiparesia. Conforme argumentado por Marques-Vieira e Caldas (2016), esse treino é fundamental para recuperar os padrões automáticos de movimento perdidos, promover maior independência e garantir a segurança da pessoa.

No estágio ECCI os doentes a quem prestei cuidados, eram maioritariamente idosos, portadores de uma doença crónica, apresentando várias comorbilidades que os condicionava na realização das suas AVD, tal como na sua autonomia em relação à tomada de decisão. Realizei planos de Cuidados de ER direcionados para esses utentes (Anexo C). Existia uma grande diferença entre eles. Num cenário contrastante, deparei-me com indivíduos de elevados recursos financeiros, que dispunham da capacidade de contratar cuidadores em tempo integral e tinham acesso a oportunidades de cuidados de saúde abrangentes. Por outro lado, vivenciei situações de extrema precariedade que afetavam significativamente a qualidade de vida. Nestes casos, as pessoas viviam

sozinhas ou com cônjuges igualmente idosos, sem acesso a apoio social ou suporte familiar adequado. Este contraste realçou a importância da intervenção do EEER no contexto comunitário. No âmbito deste estágio, tive a oportunidade de capacitar pessoas com diversas alterações sensoriais, motoras, cardiorrespiratórias e relacionadas com a eliminação. Implementei estratégias adaptativas para as AVD mencionadas anteriormente. A prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação neste contexto específico permitiu-me familiarizar com vários produtos de apoio específicos e adequados a cada indivíduo. Estimulei o seu uso para promover a autonomia máxima dos doentes e criar ambientes seguros (Cardoso, 2010). Deste modo, a minha missão como EEER que trabalha na comunidade é otimizar a gestão dos recursos disponíveis. Isso permite que tanto o doente como a sua família passem por transições saudáveis que promovam o autocuidado e melhorem a qualidade de vida.

Na promoção da mobilidade, acessibilidade e participação social (Objetivo 8), na maioria dos cenários, tornou-se imperativo introduzir produtos de apoio para auxiliar os indivíduos nas suas atividades diárias. Estes produtos eram cuidadosamente selecionados pelo EEER e adaptados de acordo com as capacidades funcionais de cada doente, considerando sempre a sua futura utilização no domicílio. Durante esse processo, a família desempenhava um papel fundamental, participando ativamente na escolha dos produtos e envolvendo-se nos ensinamentos. Esta abordagem colaborativa facilitava a adaptação da pessoa às suas novas limitações e às soluções implementadas. Constatei que a família, inicialmente, era renitente na sua participação nestas atividades/ensinamentos, no entanto gradualmente era evidente a adaptação à sua utilização como *“meios indispensáveis ao bem-estar, autonomia, integração e qualidade de vida (...), de modo a permitir uma atividade mais independente (...) com menor esforço, dor e menor dispêndio de energia”* (Menoita et al., 2012). Ilustrando este objetivo, relato um caso de uma doente de ECCI, com o diagnóstico de AVC, que morava na casa da filha, uma vez que esta tinha menos barreiras arquitetónicas que a casa da própria, mas ainda assim tornava a realização de certas AVD impossíveis ou dificultava muito a sua realização. Após avaliação do domicílio foi aconselhada a comprar uma cadeira de rodas, para esta realizar levante e se poder deslocar até à cozinha, onde se realizavam as refeições, interagindo com a família e fomentando a interação social. Adquiriu também uma mesa de apoio para a refeição, dado que a mesa principal era demasiado alta e não conseguia alimentar-se por mão própria. Posteriormente, adquiriu andador e tripé. Quando terminei o estágio a doente

conseguia deambular com tripé e ajuda de segunda pessoa, e transpor obstáculos. Este último tornou-se muito relevante dado que a casa de banho com polibã possuía um degrau que a doente agora já conseguia subir e realizar os cuidados de higiene no WC que antes não era possível. Com intuito de identificar e eliminar obstáculos, neste local de estágio e na UHD, realizei diversas sessões educativas com o objetivo de promover a segurança e a acessibilidade no domicílio. Estas sessões incluíram a remoção de tapetes para prevenir quedas, a adaptação das portas das diferentes divisões da habitação para facilitar o acesso da cadeira de rodas e o reposicionamento de objetos para que ficassem ao alcance das pessoas que dependiam de uma cadeira de rodas. O EEER desempenha um papel crucial na promoção da reintegração social e na eliminação de barreiras arquitetónicas. Portanto, é fundamental implementar programas de reabilitação que considerem as condições habitacionais e que possam afetar ou limitar a mobilidade da pessoa, uma vez que isso pode ter implicações tanto a nível pessoal como social.

1.3 Domínio da Gestão dos Cuidados e Competências Específicas do EEER

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2019), o “*enfermeiro Especialista realiza a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas*” o que é indispensável para o desenvolvimento das competências neste domínio. Portanto, apresentarei a seguir a trajetória de desenvolvimento das competências mencionadas no Quadro 3.

Quadro 3- Domínio da Gestão dos Cuidados e Competências Específicas do EEER

Competências Comuns e Específicas
Competência C1 – Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional.
Competência C2 – Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados.
Competência J3 – Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.

A tomada de decisão envolvida na delegação de cuidados de ER representou um processo que demandou a aplicação de pensamento crítico e julgamento clínico, seguindo

os princípios dos "cinco certos" da delegação: *“delega a tarefa certa, sob as circunstâncias certas, na pessoa certa, com a comunicação e orientação certa e sob supervisão adequada”* (OE, 2007). À medida que progridi, ganhei confiança, especialmente na transmissão de informações aos colegas para supervisionar os exercícios de reabilitação, bem como nas orientações fornecidas aos cuidadores. No entanto, enfrentei um desafio significativo ao ministrar ensinamentos e supervisioná-los para os assistentes operacionais, pois, em algumas situações, notei que estavam a substituir os doentes, impedindo que estes fossem autónomos nas suas atividades de autocuidado. Outro desafio encontrado foi também a realização dos ensinamentos à família/cuidador, pelo mesmo motivo, uma vez que, na sua visão o melhor para o doente seria a sua substituição na realização das atividades diárias pois não teriam capacidade para tal, o que na realidade só estava a comprometer a segurança, a qualidade e a continuidade dos cuidados.

Para conseguir alcançar as competências enquanto EEER, acima descritas, delineei como objetivo *“colaborar com a equipa multidisciplinar no desenvolvimento e gestão dos cuidados de ER, no sentido da melhoria da qualidade dos cuidados e da segurança”* (Obj. 9). Trabalhei em colaboração com o enfermeiro orientador ao longo dos diferentes estágios, participando na avaliação, planeamento e execução de intervenções, bem como na avaliação e documentação de várias situações, tanto em ambiente comunitário como hospitalar.

No dia 08 de novembro de 2022, tive a oportunidade de acompanhar as atividades de gestão do Serviço de Ortopedia II, juntamente com o enfermeiro orientador. Isso incluiu a distribuição dos doentes aos enfermeiros responsáveis, a gestão das admissões e transferências de doentes entre os setores do serviço, a coordenação com serviços parceiros como o bloco operatório e a enfermaria, a colaboração com serviços de apoio, como dietistas, assistentes sociais, capelão e psicólogos, a gestão da equipa para garantir uma alocação segura de recursos (incluindo o transporte de doentes, exames de diagnóstico e refeições) e a participação nas visitas médicas. Na UCC de Medelo, a enfermeira que me supervisionou o estágio desempenhava não apenas funções de prestação de cuidados especializados, mas também era responsável por coordenar esses cuidados com outras atividades e ajustá-los aos horários de atendimento dos doentes nos departamentos terapêuticos. Consequentemente, entendi que era importante adquirir conhecimento sobre as tarefas relacionadas com a gestão do serviço. Inicialmente, essa

planificação era realizada em colaboração com a Enfermeira Orientadora, mas com o tempo, adquiri maior autonomia e confiança para coordenar e priorizar os cuidados de enfermagem de reabilitação. A observação das interações entre os diversos membros da equipa multidisciplinar e com os doentes proporcionou-me uma compreensão mais abrangente dessa temática.

Conforme destacado por Pontes e Santos (2016), a atuação do EEER deve ser integrada e alinhada com os demais profissionais de saúde. Esta abordagem colaborativa visa assegurar resultados que se traduzam em benefícios para a saúde dos doentes, das suas famílias e da comunidade em geral. Durante a minha experiência no serviço de Neurocirurgia do Hospital de Braga, pude constatar que o EEER desempenhava um papel fundamental como elo de ligação entre os diferentes membros da equipa multidisciplinar, isso envolveu uma colaboração estreita e parceria ativa com os demais profissionais da equipa de reabilitação. Os enfermeiros generalistas reconheciam no EEER um profissional de referência, frequentemente recorrendo a ele quando se deparavam com decisões mais complexas ou relacionadas com a área específica de reabilitação. Por exemplo, ao admitir um novo doente no serviço, era papel do EEER do turno realizar uma avaliação inicial abrangente, que incluía a realização minuciosa do exame neurológico. Além disso, o EEER era consultado em situações que exigiam cuidados especializados, como determinar posicionamentos preferenciais ou a evitar, orientações sobre técnicas específicas de mobilização, cuidados na alimentação e hidratação em doentes com disfagia, entre outros. Os assistentes operacionais também procuravam frequentemente a orientação do EEER para esclarecer dúvidas e direcionar as atividades de acordo com as suas instruções. A equipa médica também mantinha uma colaboração próxima com o EEER, envolvendo-o na troca de informações sobre o processo de reabilitação e na elaboração de planos de alta, uma vez que a opinião do EEER sobre o estado e prognóstico do doente desempenhava um papel significativo nesse contexto.

Na UCC de Medelo, os terapeutas da fala e o EEER complementavam o seu trabalho, principalmente durante as refeições, fornecendo orientações para o doente e para a família sobre estratégias para uma deglutição segura. Isso incluía adaptações de consistência, textura e quantidade de alimentos a serem ingeridos, o uso de produtos de apoio que facilitavam a alimentação e até mesmo a postura adequada durante as refeições. Além disso, os fisioterapeutas e o EEER mantinham um contato regular, compartilhando informações sobre o programa de reabilitação implementado para o doente, o que se

mostrou extremamente benéfico. Por exemplo, se o doente já havia iniciado o treino de marcha controlado no ginásio, o EEER reforçava o ensino e treino dessa atividade ao longo do dia, adaptando-o à tolerância do doente. A assistente social revelou-se um elemento essencial na equipa, pois era ela a profissional responsável pelo agendamento das reuniões de acolhimento à UCC e pelas reuniões familiares junto da equipa multidisciplinar. Era viável participar no processo de alta do doente, seja no seu retorno ao domicílio ou transferência para outra unidade de cuidados. Durante esse processo, procurei sempre envolver ativamente o doente e a família/cuidador, reconhecendo-os como partes essenciais nas decisões a serem tomadas. Isto ocorre porque o processo de reintegração do doente na comunidade começa nesse momento. A família/cuidador era convidada a participar ativamente no planeamento da alta, sendo incentivada a assumir a responsabilidade pelo plano de manutenção da saúde do doente e pelos comportamentos necessários, conforme destacado por Hoeman (2011). Na ECCI, como mencionei anteriormente, os cuidados seguiam o modelo de gestão de caso. Este processo envolve uma equipa multidisciplinar que avalia as necessidades de saúde do indivíduo, planeia, obtém recursos e monitoriza as opções de serviços para atender às diversas necessidades. Embora este método de trabalho tenha uma abordagem holística do doente, a interação com outros profissionais era mais limitada em comparação com a UCC. Isto ocorreu porque, ao contrário da UCC, onde os profissionais compartilhavam o mesmo espaço físico, na ECCI, apenas a equipa de enfermagem estava presente. Isto exigiu que eu tivesse um conhecimento profundo dos recursos disponíveis e a capacidade de articular o planeamento de cuidados que seriam discutidos nas reuniões mensais com a equipa multidisciplinar. Estas reuniões representavam um momento de análise crítica e partilha das atividades realizadas pela equipa. Durante as reuniões, eram discutidos os Planos Individuais de Intervenção de cada doente, a sua evolução e a identificação de quaisquer problema que surgisse, com o objetivo de propor soluções adequadas. Conforme o tempo passava, fui adquirindo maior autonomia, o que resultou num papel mais ativo e na minha frequente solicitação para fornecer informações relacionadas aos doentes aos quais eu prestava cuidados. Isso permitiu que eu tivesse uma participação mais significativa no processo de tomada de decisões e planeamento de cuidados. Um dos aspetos positivos da ECCI na gestão de cuidados foi o facto de não termos de partilhar a viatura que permitia a nossa deslocação, com os restantes colegas da ECCI. Este aspecto permitia a articulação das visitas domiciliárias de acordo com as preferências dos utentes e cuidadores, o que

facilitava a nossa intervenção e mesmo a motivação dos doentes era maior, contribuindo para o sucesso do programa de reabilitação.

No que diz respeito à delegação de cuidados, é importante observar que o REPE (2006) estabelece que o enfermeiro só pode delegar tarefas em pessoal devidamente preparado para executá-las. Portanto, é da responsabilidade do enfermeiro avaliar as necessidades individuais do doente e planear os cuidados de maneira segura, determinando quais tarefas podem ser delegadas (OE, 2007). Neste contexto, durante cada visita domiciliária, a minha abordagem consistia em compreender as necessidades específicas da pessoa, do cuidador formal ou informal, com o objetivo de atendê-las adequadamente. Para isso recorri ao ensino, treino, orientação e supervisão das instruções fornecidas, visando transmitir conhecimentos que permitissem a manutenção e a reabilitação da saúde do doente.

Com o objetivo de garantir e otimizar a capacidade funcional, bem como promover o melhor desempenho motor e cardiorrespiratório do doente, é essencial que o EEER desenvolva atividades que favoreçam o crescimento e desenvolvimento pessoal (OE, 2019). Para concretizar esta meta, o EEER concebe e implementa programas de reabilitação motora e de Reeducação Funcional Respiratória (RFR), conduzindo uma avaliação regular e ajustando esses programas de acordo com os resultados esperados (OE, 2019). Assim sendo, foi estabelecido o objetivo de “Implementar programas de treino motor e cardiorrespiratório na pessoa com alterações sensorio motoras, e/ou patologia cardiorrespiratória e/ou com alterações da eliminação” (Objetivo 10).

Além dos programas de reabilitação mencionados anteriormente, destinados a indivíduos com alterações sensoriais, motoras e de eliminação, decorrentes nos estágios de ECCI, UCC e Neurocirurgia, o estágio de Cinesioterapia no Hospital de Braga permitiu-me ampliar o leque de competências específicas definidas pela OE (2019), nomeadamente no que respeita à prestação de cuidados à pessoa com patologia respiratória. Este serviço realiza maioritariamente programas de RFR a adultos e crianças. Constituído por 4 EEER, funciona como consulta e ambulatório e dá apoio ao internamento. O doente é avaliado pelo médico fisiatra e posteriormente encaminhado para o EEER. Este realiza a avaliação do doente, através do processo clínico, recorre também aos resultados das análises e aos exames imagiológicos, realiza a inspeção, palpação e auscultação. Posteriormente especifica a intervenção necessária de acordo com a patologia e sintomatologia do doente e o número de sessões que é necessário

realizar por semana. Cada sessão tinha a duração média de 45 minutos, eram iniciadas com técnicas de descanso e relaxamento. Na maioria dos casos, a posição predominante era o decúbito dorsal, no entanto, em situações de dispneia ou maior ansiedade, também considerei outras posições, como o semi-fowler. Para avaliar a intensidade da dispneia, utilizei a Escala de Borg Modificada. Ainda durante a sessão eram avaliadas constantemente as saturações periféricas de oxigênio.

A consciencialização e o controlo da respiração foram abordados por meio do ensino e treino da dissociação dos tempos respiratórios e da respiração abdominodiafragmática, tendo sempre em consideração a tolerância e a capacidade de colaboração de cada doente. De acordo com Olazabal (2003), esta técnica promove o relaxamento físico e psicológico, fundamentais para uma ventilação eficaz e para a colaboração do doente nos exercícios.

No processo de reeducação do padrão diafragmático, conduzi exercícios respiratórios abrangendo as porções anterior e posterior, bem como as hemicúpulas diafragmáticas direita e esquerda em colaboração com o doente. Para fortalecer a musculatura abdominal e melhorar a resistência em situações de fadiga, introduzi gradualmente o uso de resistências, incluindo resistência manual e o uso de pesos de 1 quilo em alguns casos.

Com o intuito de aprimorar a ventilação e a oxigenação em regiões específicas, corrigir descoordenações respiratórias, fortalecer a mobilidade costal e a atividade muscular, bem como prevenir a formação de atelectasias e o acúmulo de secreções, (Menoita & Cordeiro, 2012) integrei neste processo exercícios de reeducação costal eletiva, bem como abertura costal global por meio do uso de bastão.

Com o objetivo de facilitar a mobilização das secreções dos segmentos distais em direção aos proximais, adotei durante as sessões de RFR a técnica de drenagem postural modificada, realizando o posicionamento do leito horizontalmente ou elevar ligeiramente a cabeceira (utilizando almofadas conforme a tolerância do doente). Para auxiliar na progressão e remoção das secreções, apliquei manobras acessórias, tais como vibração-compressão e percussão, conforme necessário. Também foi realizado ensino e treino da tosse dirigida modificada e exercícios de acordo com o ciclo ativo das técnicas respiratórias. Em situações apropriadas, a aplicação de aerossóis com soro fisiológico demonstrou ser uma abordagem eficaz para a humidificação e fluidificação de secreções.

Em alguns casos específicos, a remoção das secreções foi realizada por meio de aspiração com um aspirador. Pude também colocar em prática os conhecimentos em relação ao *cough assist* (tosse mecânica), realizado muitas vezes, em doentes do foro neuromuscular. Pude adaptar as pressões do aparelho ao doente e assim conseguir tirar partido da Cinesioterapia.

Ainda neste estágio, nos doentes que necessitavam de aporte de oxigénio, concentrei-me em reforçar os ensinamentos relacionados com o uso apropriado do oxigénio, incluindo os benefícios de seguir as prescrições de tempo e taxa de fluxo, bem como os riscos potenciais associados à sua utilização. Também enfatizei a importância do uso correto de um concentrador portátil de oxigénio e da manipulação adequada da cânula nasal, além de proporcionar ensinamentos, treino e supervisão para a administração de terapias inalatórias quando necessário. A questão da nutrição e hidratação também desempenhou um papel vital, especialmente em doentes com DPOC, onde frequentemente observamos um desequilíbrio entre a ingestão de alimentos e o gasto energético. Este desequilíbrio pode ser atribuído a várias razões, como dificuldades na mastigação e deglutição causadas pela tosse, dispneia e expectoração ou mesmo pelo aumento do trabalho muscular respiratório (Menoita & Cordeiro, 2012).

Este estágio permitiu também ganhar competências relativas à RFR direcionada à criança. Um desafio para mim, que realizando uma retrospectiva, foi superado com sucesso. Para isso tive que obter conhecimentos teórico-práticos, uma vez que é uma lacuna que existe no plano de estudos da nossa escola.

De acordo com Menoita & Cordeiro (2012), “*a criança não é um adulto em ponto pequeno*” e embora os objetivos e as técnicas da RFR sejam semelhantes, a RFR em pediatria apresenta especificidades relacionadas com as diferenças anatómicas e fisiológicas existentes. Portanto, segundo Rus (2003) a diferença da aplicação das técnicas de RFR em pediatria comparativamente com a pessoa adulta prende-se com o facto de que em pediatria as técnicas são aplicadas de forma passiva quando a criança não é capaz de colaborar, como no caso dos recém-nascidos (RN) e lactentes; são aplicadas com ludoterapia (jogos e brincadeiras) em crianças pequenas e crianças em idade pré-escolar; são aplicadas de forma ativa, em crianças maiores e adolescentes.

O RN e a criança apresentam proporções, tamanhos, formatos e volumes de regiões, órgãos e estruturas distintas relacionadas com as necessidades adaptativas

exigidas. Então, o primeiro passo a ser dado, foi no sentido de conhecer as particularidades fisiológicas e anatómicas das crianças de modo a adequar os exercícios e técnicas à faixa etária.

O lema de atuação em pediatria deve ser sem dúvida o de cuidar, brincando (Menoita & Cordeiro, 2012) e dando vida a este lema foi assim que consegui dar volta a esta lacuna. Desta forma, foi indispensável consciencializar-me que a brincadeira é muito importante e com isto consegui estabelecer comunicação com a criança promovendo uma relação de confiança e de segurança entre os dois.

Relativamente aos exercícios e técnicas de RFR a grande parte das técnicas em pediatria é semelhante às técnicas utilizadas na população adulta, porém o que as torna particulares é a relação direta com as especificidades das faixas etárias. Pude realizar exercícios de expiração lenta prolongada. É uma técnica em que não é necessário a colaboração direta do lactente. Este é colocado em decúbito dorsal e é exercida uma pressão manual toraco-abdominal lenta no final da expiração espontânea e se mantém até ao volume residual, de forma a alcançar um volume expirado superior ao de uma expiração normal. Relativamente à técnica de expiração lenta total com a glote aberta em infralateral (ETGOL) foi realizada em crianças com idades superiores aos 10-12 anos uma vez que é necessária a colaboração da mesma. Tem como principal objetivo a drenagem de secreções e a desobstrução brônquica média. Está contraindicada em obstruções cavitárias, abscessos e bronquiectasias, nestes casos deve recorrer-se à drenagem postural (Menoita & Cordeiro, 2012).

De forma a promover a eliminação das secreções recorri maioritariamente ao reflexo de tosse. Existem dois tipos de tosse, a tosse dirigida (TD) e a tosse provocada, esta é habitualmente utilizada quando a tosse dirigida não é eficaz ou então em lactentes. De forma a promover a TD incentivei a criança de forma a ela cooperar, muitas vezes recorri ao jogo da imitação de forma a introduzir a tosse. Em relação à TP ou tosse reflexa, recorri à técnica quando a TD não era eficaz ou então quando a criança era incapaz de participar na realização da tosse. Esta é praticada com a criança em decúbito dorsal e é exercida uma ligeira pressão dos dedos na traqueia, logo acima do esterno, no final da expiração ou no início da inspiração. Pude ainda, bastantes vezes, realizar a limpeza das fossas nasais com recurso à instilação nasal e à desobstrução rinofaríngea retrógrada (Menoita & Cordeiro, 2012).

No que diz respeito ao treino de fortalecimento muscular, pude por em prática os conhecimentos teóricos na UHD. Foi dada ênfase ao treino de *endurance*, associando-se exercícios de força muscular, com envolvimento dos membros superiores e inferiores. O treino de exercício dos membros superiores foi conduzido com a ajuda de um bastão (como um pau de vassoura) e pesos improvisados, como pacotes de arroz ou massa. Esta abordagem foi adotada devido ao facto de os doentes se encontrarem no domicílio, o que facilitou a adesão ao plano de exercícios e manteve a sua motivação para a realização das atividades prescritas. Em relação ao treino dos membros inferiores, concentramos os nossos esforços no treino de marcha e no treino de subir e descer escadas, sempre respeitando os limites de tolerância de cada indivíduo. Conforme a DGS (2009), o treino dos membros inferiores é considerado uma parte essencial do programa de Reabilitação Respiratória (RR). Refere também que, combinar esse treino com o exercício dos membros superiores é altamente benéfico, uma vez que melhora a capacidade de tolerância ao exercício e reduz a sensação de falta de ar. O que, por sua vez, diminui a limitação funcional e contribui para uma melhor qualidade de vida do doente (DGS, 2009). Ao longo das sessões, foi evidente que os doentes progressivamente desenvolveram uma maior tolerância aos exercícios de RFR e expressaram satisfação com a eficácia desses exercícios na melhoria do seu estado de saúde.

A educação para a saúde desempenha um papel fundamental no sucesso de um programa de RR. O seu principal propósito é preservar ou melhorar a qualidade de vida dos doentes, incentivando a modificação dos comportamentos e estilos de vida, complementando as outras intervenções com efeito terapêutico (Canteiro, 2003). Para garantir uma adesão eficaz aos cuidados oferecidos e aos ensinamentos realizados, foi essencial estabelecer, em primeiro lugar, uma relação terapêutica sólida, onde a confiança desempenha um papel fundamental. Esta possibilita que tanto a pessoa que recebe os cuidados quanto a que os presta trabalhem juntas na construção de um caminho significativo para o beneficiário dos cuidados (Hesbeen, 2003). Dando continuidade à ideia anterior, ao longo do estágio foram realizados ensinamentos relacionados com as estratégias de conservação de energia e com o controlo da dispneia durante a realização das AVD. No que diz respeito ao controlo da fadiga, estratégias eficazes incluíram a inspiração durante períodos de repouso e expiração durante esforços, mantendo os lábios semicerrados e incorporando intervalos de descanso. Foram fornecidas orientações simples, como tomar banho, calçar e descalçar sapatos e fazer a higiene pessoal sentado,

optar por calçados sem atacadores, distribuir as tarefas domésticas ao longo do dia e subir escadas de maneira mais lenta. Essas recomendações basearam-se nas diretrizes da DGS (2009) e foram incorporadas nos ensinamentos realizados.

O EEER possui um vasto conhecimento e experiência que lhe permitem auxiliar pessoas com doenças agudas, crônicas ou com sequelas a maximizar o seu potencial funcional e a sua independência (OE , 2019). Utilizando técnicas de reabilitação específicas e fornecendo orientação educacional para o doente, família e cuidador, o EEER desempenha um papel fundamental como profissional capacitado para potencializar a capacidade de reabilitação de cada indivíduo, ajudando-os a enfrentar as limitações e desafios (APER, 2010). Este tem um papel fundamental na promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, tendo uma função estratégica no processo de transição da pessoa no regresso a casa, onde são garantidos cuidados contínuos. Importa referir, que no âmbito destes estágios (UHD e ECCI) elaborei um plano de cuidados de acordo com as necessidades individuais da pessoa, encontrando-se no anexo D.

1.4. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

No que diz respeito ao desenvolvimento das competências profissionais, a Ordem dos Enfermeiros (2019) destaca que o EE deve demonstrar a capacidade de se autoconhecer em relação à prática de enfermagem, reconhecendo o impacto dessa prática na construção de relações terapêuticas e profissionais. Realça que a sua prática clínica deve ser baseada em processos de tomada de decisão e que as intervenções devem estar fundamentadas em padrões de conhecimento válidos, atualizados e relevantes, assumindo o papel de facilitador nos processos de aprendizagem (OE , 2019). Posto isto, para o desenvolvimento das competências descritas no Quadro 6, delineei no os seguintes objetivos: “Praticar o autoconhecimento de forma a facilitar o relacionamento com a pessoa e a equipa multidisciplinar” (objetivo 11) e “Basear a prática clínica especializada na mais variada e atualizada evidência científica” (objetivo 12).

Competências Comuns
Competência D1 – Desenvolve o Autoconhecimento e a Assertividade.
Competência D2 – Baseia a sua práxis clínica em sólidos e válidos padrões de conhecimentos.

Para que o EEER possa oferecer cuidados de alta qualidade, é essencial que ele possua autonomia na prática profissional. No entanto, essa autonomia é inviável sem uma constante atualização de conhecimentos e aprimoramento de habilidades (Barata, 2016). Nesse sentido, durante o meu processo de aprendizagem, procurei compreender melhor as questões que surgiram nas diversas interações de cuidados por meio da melhor evidência científica disponível. Foi perceptível a importância dessa abordagem na melhoria dos cuidados de enfermagem de reabilitação. No entanto, também constatei que o conhecimento teórico nem sempre oferece respostas definitivas, uma vez que a prática é intrinsecamente mais complexa e abrange uma variedade de situações que não podem ser totalmente capturadas pela teoria (Benner, 2001). O EEER como parte essencial da equipa multidisciplinar, desempenha um papel crucial ao harmonizar de forma eficaz a teoria com a prática, demonstrando a capacidade de adaptar os cuidados prestados, uma vez que cada indivíduo é singular, apresentando características e necessidades distintas, e por isso, é necessário, frequentemente, ajustar e personalizar os cuidados de acordo com a situação específica de cada doente.

Para melhor compreender as minhas principais dificuldades, realizei uma reflexão periódica sobre situações vividas, traçando estratégias para as minimizar e ultrapassar. Tive a oportunidade de fazer uso frequente de fontes literárias, procurando casos de cuidados que vivenciei e que particularmente despertaram grande interesse. Esta abordagem mostrou-se como uma ferramenta valiosa para unir e fortalecer os meus conhecimentos teóricos e práticos. Conforme apontado por Santos e Fernandes (2004), a prática da reflexão desempenha um papel significativo, capacitando indivíduos na obtenção de um conhecimento profundo tanto dos princípios teóricos como conhecimentos práticos. Hesbeen (2001) realça que o conhecimento não surge unicamente da experiência; é imperativo que essa experiência seja submetida a reflexão, debate e conceituação. Desta forma, quando a prática é objeto de reflexão, pode ser encarada como uma oportunidade de aprendizagem, uma vez que possibilita à pessoa

compreender as suas ações e os métodos utilizados na sua realização (Santos e Fernandes, 2004), constituindo um aspeto central para o desenvolvimento profissional.

Em suma, o longo deste percurso, o acompanhamento constante das enfermeiras orientadoras e dos demais profissionais da equipa multidisciplinar desempenhou um papel crucial, uma vez que, generosamente compartilharam os seus conhecimentos, o que me permitiu aprimorar gradualmente a minha habilidade na prestação de cuidados e me ajudou a preparar como futura EEER. As reuniões, tanto formais como informais, com a professora orientadora foram momentos importantes para discutir os planos de cuidados e esclarecer dúvidas, contribuindo assim para a consolidação e análise dos conhecimentos necessários na área de ER. Além disso, a realização de avaliações intermédias e finais proporcionou oportunidades valiosas para discussões e reflexões conjuntas sobre os pontos fortes, pontos fracos e áreas de melhoria na minha prestação de cuidados.

1.5. Considerações finais

O relatório apresentado ao longo deste documento visa ilustrar o processo de aquisição de competências conforme preconizado pela OE na área de especialidade de ER. Acredito que este relatório reflete claramente a minha crescente autonomia no que diz respeito à tomada de decisões e à resolução de problemas em situações novas e mais complexas. Com base nos conhecimentos adquiridos durante o primeiro ano de formação e no desenvolvimento de minhas habilidades de autoaprendizagem, considero que consegui integrar e aplicar eficazmente os conhecimentos teóricos adquiridos no contexto da prática de cuidados. Esta aprendizagem contribuiu para a prestação de cuidados especializados de alta qualidade, com foco na promoção do bem-estar, na prevenção de complicações e na maximização das capacidades do indivíduo. Em todos os momentos, o meu grande objetivo foi garantir a máxima satisfação do doente.

Considero que todos os estágios desempenharam um papel fundamental no desenvolvimento das competências necessárias para a prática de ER. Durante essas experiências, tive a oportunidade de prestar cuidados abrangentes a indivíduos com uma variedade de limitações/alterações de saúde, abordando questões cognitivas, motoras, sensoriais, cardiorrespiratórias, nutricionais e de eliminação que requerem o acompanhamento da ER. Como mencionado anteriormente, a reflexão contínua e a busca

constante pela melhor evidência científica disponível contribuíram de forma fundamental na minha jornada em direção à excelência na prestação de cuidados especializados.

Após uma análise retrospectiva, estou satisfeita por ter alcançado os objetivos que inicialmente estabeleci para esta etapa da minha formação. No entanto, reconheço que no contexto em que presto cuidados a cultura da ER ainda é um longo caminho a percorrer. Portanto, olhando para o futuro, estabeleci alguns objetivos para a minha carreira profissional. O primeiro deles é o desejo de implementação de uma equipa dedicada exclusivamente à ER no local onde atualmente exerço funções. Posteriormente, pretendo colaborar estreitamente com EEER e outros membros da equipa, com o fim de desenvolver estratégias adaptativas que permitam que pessoas dependentes maximizem a sua funcionalidade e capacidade de autocuidado. O objetivo final é garantir que, ao retornarem ao domicílio, essas pessoas tenham as condições necessárias para enfrentar as limitações com sucesso. O segundo objetivo que estabeleci está relacionado com o desejo de participar na implementação da Consulta da Deglutição no hospital onde atualmente trabalho. Este projeto envolveria uma equipa multidisciplinar composta por EEER, terapeutas da fala, fisioterapeutas, dietistas e fisiatras, com o objetivo de oferecer um acompanhamento especializado a doentes com distúrbios na deglutição. Para concretizar esse objetivo, é essencial manter uma constante atualização de conhecimentos, com base na melhor evidência disponível, e dedicar esforços significativos para colocar em prática os conhecimentos adquiridos. Além disso, é fundamental que a instituição onde trabalho reconheça e apoie esse esforço, criando as condições necessárias para a operacionalização desse projeto.

De forma a concluir a minha reflexão, é importante destacar que este percurso de aprendizagem proporcionou lições que levarei para toda a vida. Ao chegar ao fim, reconheço que a diversidade de experiências e a interação com pessoas de diferentes origens contribuíram significativamente para o meu crescimento pessoal e profissional. Observo uma evolução marcante no meu desempenho e na forma como encaro novos desafios e realidades. O mais importante é que me sinto transformada, mais empática e capacitada para ver o outro em todas as suas dimensões como ser humano. Para alcançar esse desenvolvimento foi necessário dedicar tempo, esforço e comprometimento.

PARTE 2- TRABALHO DE INVESTIGAÇÃO

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1. Acidente Vascular Cerebral

O AVC é atualmente reconhecido como um problema global, sendo considerado uma causa comum de morbidade e mortalidade na Europa (Direção Geral da Saúde, 2001). É considerado a segunda causa de morte a nível mundial, (World Health Organization, 2016).

A DGS (2013) destaca que, ao longo das últimas duas décadas, as taxas de mortalidade relacionadas ao AVC têm vindo a diminuir gradualmente. A mesma fonte menciona a implementação progressiva de medidas e estratégias preventivas, como programas de cessação tabágica, controlo do consumo de sal e outras campanhas voltadas para a promoção de hábitos de vida saudáveis, como fatores que podem estar na causa dessa diminuição. Além disso, a melhoria no diagnóstico e na correção de fatores de risco modificáveis, como a hipertensão e a dislipidemia, bem como avanços no tratamento do AVC, são fatores que contribuem para essa redução nas taxas.

O AVC pode ser definido como o surgimento súbito de sinais clínicos que indicam uma perturbação localizada (ou global) da função cerebral, com sintomas que perduram por mais de 24 horas ou resultam em óbito sem uma causa aparente, exceto por causas de origem vascular (OMS, 2006). Além disso, é ainda caracterizado como uma interrupção no fluxo sanguíneo para o cérebro, frequentemente devido à rutura de um vaso sanguíneo ou ao bloqueio por um trombo. Essa interrupção no fornecimento de oxigénio e nutrientes resulta em danos no tecido cerebral (OMS, 2016).

Pode ainda verificar-se a presença de um Acidente Isquémico Transitório (AIT), não sendo considerado AVC, quando a duração dos sintomas é curta, com regressão espontânea (em menos de 24 horas) (American Stroke Association, 2023).

A classificação patológica do AVC não é uniforme e pode ser organizada com base em critérios etiológicos ou territoriais, resultando em três tipos de AVC: trombótico, embólico e hemorrágico (Marques, 2007). No entanto, Salgueiro (2011) agrupa-os em dois tipos: os isquémicos e os hemorrágicos. Os isquémicos podem ser de origem

embólica, onde pequenos êmbolos, frequentemente de origem cardíaca, migram e se alojam em pequenos vasos sanguíneos, resultando na interrupção do fluxo sanguíneo. Alternativamente, os de origem trombótica ocorrem devido à agregação de placas ateroscleróticas, resultando no bloqueio de determinados vasos sanguíneos (Ferro & Pimentel, 2006). Existem ainda os enfartes lacunares resultantes de uma oclusão de pequenas artérias perforantes (Salgueiro, 2011). O AVC hemorrágico ocorre devido à presença de pequenos aneurismas, malformações vasculares ou à ruptura das paredes dos vasos sanguíneos, muitas vezes causada pela hipertensão. Estes eventos podem ser subdivididos em hemorragia intracerebral, que ocorre quando o sangramento se dá diretamente no tecido cerebral, e hemorragia subaracnoídea, onde existe extravasamento de sangue dos vasos arteriais para o espaço subaracnoide (Salgueiro, 2011).

A *Oxfordshire Community Stroke Project* (OCSP) em 1991 apresentou um método simples de classificação de doentes com AVC isquémico agudo com base num estudo populacional (Bamford, Sandercock, Dennis, Burn, & Warlow, 1991). Esta classificação é amplamente utilizada em unidades de AVC, envolvendo a categorização do AVC isquémico com base na localização da lesão cerebral, através da identificação da área vascular afetada com base nos sintomas do doente e posterior análise dos exames complementares de diagnóstico. Assim a classificação OCSP define-se da seguinte forma:

- **TACI** (Total Anterior Circulation Infarct) – Enfarte Total da Circulação Anterior
 - Disfunção das funções superiores (afasia, agnosia, alterações visuoespaciais, disgrafia, discalculia);
 - Hemianópsia homónima;
 - Défice motor e/ou sensorial ipsilateral em pelo menos 2 segmentos corporais (face, membro superior e inferior).

- **PACI** (Parcial Anterior Circulation Infarct) – Enfarte Parcial da Circulação Anterior
 - Duas das alterações do TACI ou:
 - Disfunção das funções superiores isolada;
 - Défice motor mais restrito que no LACI (apenas num braço ou perna).

- **LACI** (Lacunar Anterior Circulation Infarct) – Enfarte Lacunar da Circulação Anterior
 - Défice motor puro e/ou sensitivo;
 - Disartria.

- **POCI** (Posterior Circulation Infarct) – Enfarte da Circulação Posterior
 - Disfunção cerebelosa;
 - Parésia de pares craneanos / défice motor contralateral;
 - Hemianópsia homónima isolada;
 - Défice motor/sensitivo bilateral.

Este método de classificação dos AVC isquémicos na fase aguda recolhe informações de todos os doentes, oferece concordância razoável entre os observadores, antecipa o tamanho e a localização da lesão antes mesmo da realização da tomografia computadorizada e é um procedimento rápido, simples e económico, permitindo prever a evolução funcional e o prognóstico (Paci, Nannetti, D'Ippolito, & Lombardi, 2011).

Relativamente ao AVC hemorrágico, a classificação tem por base o local da hemorragia, visualizado nos exames complementares de diagnóstico, como tomografia axial computadorizada (TAC) cerebral ou ressonância magnética cerebral. Assim sugere-se:

- Hemorragia Supra-Tentorial (cérebro);
- Hemorragia Infra-Tentorial (cerebelo – tronco cerebral);
- Hemorragia Subaracnoídea (fora da substância do cérebro) (Silva, 2015)

Os distúrbios neurológicos podem resultar em danos nas funções motoras, sensoriais, comportamentais, preceptivas e linguísticas. O distúrbio a nível motor manifesta-se pela presença de paralisias totais ou parciais no hemicorpo contralateral em relação à área afetada no cérebro, resultando em hemiplegia ou hemiparesia, respetivamente.

Também é frequente a ocorrência de alterações na função sensitiva, incluindo sintomas como anestesia, hipoestesia, hiperestesia, analgesia, hipoanalgesia, parestesia, apalestesia, hemianestesia, anosognosia, agnosia e astereognosia, bem como défices visuais como hemianopsia ou diplopia.

Podem surgir alterações cognitivas e comportamentais devido a prejuízos na capacidade de retenção de informações e memória, na orientação em relação a si mesmo, ao ambiente, ao tempo e ao espaço, bem como dificuldades de concentração e julgamento.

A linguagem, a habilidade de pronunciar palavras ou de compreender informações transmitidas, também podem estar alteradas durante um acidente vascular cerebral. A fluência, a nomeação, a compreensão e a repetição são componentes cruciais da linguagem. Mudanças nessas funções afetam os padrões de comunicação de uma pessoa, resultando em afasia (Silva, 2015).

As alterações emocionais também são frequentes. Sentimentos como ansiedade, instabilidade emocional, perda de autocontrole, medo, hostilidade, raiva, depressão e isolamento podem ocorrer como resposta à condição clínica identificada ou às mudanças na vida diária da pessoa.

De acordo com Menoita (2012) os doentes com défices persistentes requerem diagnóstico imediato e urgente, incluindo reabilitação precoce. Os cuidados de reabilitação devem ser iniciados de forma precoce, adaptando a intensidade e duração de acordo com as necessidades individuais dos doentes. Aqueles que conduzem o processo de reabilitação devem lembrar-se de que o prognóstico de recuperação funcional das funções afetadas varia de acordo com a natureza, extensão, localização e gravidade da lesão cerebral. Além disso, fatores intrínsecos ao doente, como idade, condições médicas concomitantes e motivação, desempenham um papel fundamental no processo de recuperação.

1.2. Deglutição

A deglutição é um processo sinérgico composto por várias fases intrinsecamente ligadas e sequenciais. Pode ser descrita como um conjunto de mecanismos neuromotores que permitem a passagem eficaz do conteúdo da boca para o estômago, com a participação ativa da faringe e do esófago (Braga, 2016).

O processo de transporte de alimentos da boca até o estômago é o resultado da ação coordenada de diversos grupos musculares que atuam na cavidade oral, faringe, laringe e esôfago. Esse processo também é influenciado pela integridade do SNC e pelo funcionamento adequado do tronco cerebral e dos nervos cranianos. Isso ocorre porque respostas motoras padronizadas e ajustáveis são desencadeadas de acordo com as características dos estímulos, volume e consistência dos alimentos. Desta forma, há uma interconexão entre os músculos faciais, os nervos cranianos, a cavidade oral, a faringe, a laringe e o esôfago, trabalhando em conjunto para transportar o conteúdo alimentar da boca até ao estômago, garantindo que nenhuma substância entre nas vias aéreas (MILLER, 2018).

Embora a deglutição seja um processo contínuo, é comum dividi-la em diferentes fases. Essa divisão pode variar entre dois, três ou até quatro estágios, dependendo da ênfase em estruturas anatómicas e funcionais, bem como na distinção entre os aspectos voluntários e involuntários do processo (Hoeman, 2011). A divisão mais amplamente aceita baseia-se nas características anatómicas e funcionais e divide-se em três fases essenciais: a fase oral, a faríngea e a esofágica (KHAN, CARMONA, & TRAUBE, 2014). É importante notar que as fases oral e faríngea estão intimamente interligadas e podem ser referidas como deglutição orofaríngea, que envolve ações voluntárias, como alimentação, mastigação, deglutição, fala e respiração. Em contrapartida, a fase esofágica é essencialmente reflexa e ocorre por meio da coordenação de relaxamento e contração de vários músculos, conhecido como peristaltismo esofágico (White [et. al.], 2008; Hoeman, 2011; Ferreira, 2018;).

O controle das fases oral, faríngea e esofágica envolve uma coordenação precisa entre o tronco cerebral, as vias centrais do córtex cerebral e o sistema nervoso entérico do esôfago (Miller, 2008). Este processo envolve a coordenação de seis nervos cranianos, (o trigêmeo (V), facial (III), glossofaríngeo (IX), vago (X), acessório (XI) e hipoglosso (XII)), o tronco cerebral, córtex e músculos da boca, faringe e esôfago. Trata-se de uma ação neuromuscular sinérgica que é iniciada voluntariamente e tem como objetivo a entrega de nutrientes essenciais para a sustentação da vida. Para garantir que a deglutição é eficaz e segura, é fundamental preservar a integridade do sistema nervoso central e das estruturas envolvidas, o que abrange tanto a sensibilidade quanto as vias motoras (MILLER, 2018). Outras estruturas cerebrais cruciais no processo de deglutição incluem o diencéfalo, com destaque para o tálamo; o mesencéfalo, que desencadeia a deglutição

e contribui para a sequência e coordenação após o início do reflexo; o bulbo raquidiano, responsável pelos neurónios motores; e o cerebelo, que desempenha um papel fundamental na coordenação dos movimentos, particularmente dos músculos envolvidos na articulação, na aprendizagem motora e na automatização dos movimentos. O nervo Acessório (XI) desempenha um papel crucial no posicionamento do pescoço e da cabeça, o que é fundamental para uma deglutição eficaz (Braga, 2016).

As áreas de ativação envolvidas na deglutição são mais abrangentes do que as áreas relacionadas com o controlo da respiração. Isto ocorre porque a deglutição envolve outras funções, como o paladar do alimento, o movimento da mandíbula e da língua associado ao deslocamento do bolo alimentar em direção à orofaringe, o que desencadeia o reflexo de deglutição faríngea (Mendes, 2009).

Na **fase oral**, que é voluntária e ocorre quando o alimento é introduzido na boca do doente, há o encerramento dos lábios, selando a parte frontal da boca, e é gerada uma pressão positiva. Durante o processo de mastigação, ocorre uma mudança na consistência do alimento à medida que este se mistura com a saliva. O bolo alimentar é posicionado na linha média, entre o palato duro (responsável pelo controle do bolo alimentar) e a parte anterior da língua, que por sua vez é elevada posteriormente. Os nervos trigêmeo (V), facial (VII) e glossofaríngeo (IX) são responsáveis por transmitir as sensações gustativas dos alimentos através de informações sensoriais aferentes. As fibras motoras do nervo trigêmeo (V) inervam os músculos da mastigação, incluindo o tensor do véu do palato, o músculo milo-hióideo e o ventre anterior do músculo digástrico (Mendes, 2009). Durante esta fase, ocorrem uma série de eventos coordenados para garantir uma deglutição eficaz:

- O palato mole eleva-se para obstruir a nasofaringe, impedindo que o bolo alimentar entre na cavidade nasal;
- A parede posterior da faringe avança, comprimindo o bolo alimentar contra o dorso da língua, impedindo o seu retorno para a cavidade oral;
- O esfíncter esofágico superior relaxa para permitir a passagem do bolo alimentar para o esófago;
- A respiração é temporariamente inibida, a glote fecha-se e a laringe movimentase para cima devido à contração dos músculos infra-hióideos;
- A nasofaringe fecha-se com a elevação do palato mole e da úvula, bem como com a contração do músculo superior da faringe.

Estas ações coordenadas garantem que o bolo alimentar seja direcionado para o esôfago e não entre nas vias aéreas. Prevê-se que esta fase dura cerca de um segundo (Mahan, Escott-Stumps e Raymond (2013), Silva (2006) e Chiappeta e Oda (2003)).

Na fase **esofágica/esofasogástrica** (inconsciente e involuntária, o esfíncter esofágico superior abre-se e o bolo alimentar é transferido do esôfago para o estômago por meio dos movimentos peristálticos. A musculatura estriada e lisa do esôfago gera automaticamente ondas peristálticas que impedem o refluxo, tanto esôfago-esofágico quanto gastroesofágico. Esta ação neuromuscular é controlada pelo córtex cerebral e pelo tronco cerebral. Estima-se que o alimento leve de três a nove segundos para percorrer o trajeto do esôfago até o estômago (Mahan, Escott-Stumps e Raymond (2013), Silva (2006) e Chiappeta e Oda (2003)).

1.2.1. Disfagia

Uma lesão neurológica, como um AVC, que afete uma das estruturas envolvidas na mastigação e deglutição, pode resultar num distúrbio da deglutição. A dificuldade na progressão dos alimentos é designada de disfagia. Cavalcanti (1999, p.8) citando a *American Speech and Hearing Association* define a disfagia como “*uma desordem na deglutição, caracterizada por dificuldades na preparação oral da deglutição ou no ato de levar o alimento ou a saliva da boca até o estômago*”. De acordo com Garcia e Coelho (2009), a disfagia pode ser descrita como a dificuldade de realizar a deglutição, caracterizada por uma extensão prolongada do tempo durante as refeições, a ocorrência de tosse durante a ingestão de alimentos, dificuldade de engolir a saliva, acúmulo de secreções na traqueia, episódios recorrentes de pneumonia ou uma perda de peso significativa.

Além de ser um transtorno que afeta a capacidade física e funcional da pessoa, a disfagia também tem um impacto significativo nos aspetos sociais e emocionais do doente. O ato de se alimentar, que normalmente é um momento agradável de socialização e interação com a família e amigos, torna-se desafiador quando se experimenta disfagia, podendo levar à rejeição da alimentação, ao isolamento social e à diminuição da qualidade de vida (Mourão et al., 2016; Paiva, Xavier e Farias, 2013).

Do ponto de vista epidemiológico, a disfagia é um problema frequente e comum, afetando aproximadamente uma em cada sete pessoas ao longo das suas vidas (WGO, 2014). No entanto, obter dados epidemiológicos precisos a nível mundial é desafiador devido à variação na prevalência das doenças que causam disfagia em diferentes regiões e à diversidade das populações estudadas. Na literatura, observa-se uma grande disparidade nas percentagens de pessoas afetadas pela disfagia, e essa diferença nos valores pode estar principalmente relacionada à utilização de diferentes métodos de avaliação.

A disfagia pode afetar todas as faixas etárias, mas em pessoas mais jovens, geralmente está relacionada a lesões traumáticas da cabeça e pescoço ou a neoplasias da orofaringe. No entanto, a prevalência da disfagia aumenta significativamente com a idade, afeta aproximadamente de 40% a 70% dos doentes que sofreram AVC; 60% a 80% dos doentes com doenças neurodegenerativas, até 13% dos adultos com mais de 65 anos, cerca de 51% dos doentes idosos institucionalizados e também de 60% a 75% dos doentes submetidos à radioterapia devido a neoplasias da cabeça ou pescoço. Além disto, numerosos estudos destacam o AVC como a causa mais comum de disfagia e aspiração, podendo ocorrer em cerca de um terço dos doentes após um AVC. Vários estudos relatam que a disfagia pode se desenvolver após um AVC em aproximadamente 40% a 60% dos casos, tornando-o assim a principal causa neurológica deste distúrbio (Cardoso et al., 2011; Daniels, Anderson e Willson, 2012; Donovan, 2012; Marques, André e Rosso, 2008; Mourão et al., 2016; Sorensen et al., 2013).

A nível nacional, de acordo com informações da Associação Portuguesa de Terapeutas da Fala em 2017, estima-se que haja mais de 80 mil pessoas diagnosticadas com disfagia em Portugal. No entanto, não foram encontrados dados oficiais do Ministério da Saúde ou do Instituto Nacional de Estatística relacionados a essa temática da disfagia. Em Portugal, a pneumonia é considerada a principal causa de morte por doença respiratória, conforme relatado pela Direção-Geral da Saúde em 2018. Dado que as alterações na capacidade de deglutição estão associadas a várias doenças e apresentam um potencial risco de pneumonia por aspiração, é possível que muitos dos casos de pneumonia reportados estejam relacionados à pneumonia por aspiração.

Pires (2012) e Clara (2009) observam que, em geral, o AVC isquémico tende a ter consequências menos graves quando comparado com o AVC hemorrágico. Pereira, Coelho e Barros (2004) relatam que o AVC hemorrágico pode resultar em efeitos mais

devastadores na pessoa, muitas vezes levando a alterações no estado de consciência, incluindo a ausência de vigília. Isso pode prejudicar a deglutição, bem como a estabilização clínica e a reabilitação do doente.

Santoro (2008) destaca que parece haver um aumento no número de pessoas com disfagia, o que pode ser atribuído ao aumento da esperança média de vida, à maior sobrevivência de pessoas com doenças que afetam a deglutição e à sobrevivência prolongada de indivíduos, incluindo prematuros e idosos, que desenvolvem sérias complicações na deglutição após situações graves de doença. Este aumento é influenciado pelo avanço tecnológico em unidades de cuidados intensivos, que permite a sobrevivência, mas pode resultar em graves distúrbios de deglutição, tanto na fase orofaríngea quanto na esofágica.

A disfagia pode manifestar-se em diferentes fases, seja na fase orofaríngea ou esofágica, resultante de um processo súbito ou gradual. Portanto, é de extrema importância realizar uma classificação e diagnóstico precisos. É fundamental distinguir as causas que afetam principalmente a faringe e o esófago proximal, resultando em disfagia orofaríngea ou "alta", das causas que afetam principalmente o corpo do esófago e a junção esofagogástrica, levando a disfagia esofágica ou "baixa" (World Gastroenterology Organisation, 2014)

A **disfagia orofaríngea**, também conhecida como disfagia "alta", está relacionada com a dificuldade no processo inicial da deglutição e na transição do bolo alimentar da cavidade oral para o esófago. Isso envolve principalmente comprometimento nas fases orais e faríngeas da deglutição (World Gastroenterology Organisation- WGO, 2014). Os doentes com disfagia orofaríngea queixam-se, frequentemente, da sensação de que algo está "preso" na garganta após engolir. Nessa condição, o alimento fica estagnado na faringe devido à propulsão faríngea insuficiente ou à obstrução do esfíncter esofágico superior, podendo culminar na regurgitação nasal e à aspiração laríngea durante ou após a deglutição, características da disfagia orofaríngea. A aspiração e as suas consequências associadas são as principais complicações da disfagia, onde ocorre a *“passagem de alimentos sólidos ou líquidos através das cordas vocais, sendo a resposta normal um reflexo de tosse violenta, no entanto a pessoa pode aspirar de forma silenciosa, ou seja, sem apresentar os sinais clássicos de aspiração”* (Braga, 2016). O mesmo autor refere ainda que a aspiração silenciosa pode estar presente em cerca de 25% a 30% das pessoas com disfagia e, por esse motivo, devemos estar atentos aos sinais de alerta para a

aspiração e aos sintomas de disfagia que podem manifestar-se durante e entre as refeições.

Esses sinais incluem:

- dificuldade em iniciar a deglutição;
- tempo de alimentação e mastigação mais prolongados;
- deglutição repetida;
- sensação de alimentos que se aderem à garganta;
- tosse ou sensação de engasgar;
- alteração da qualidade da voz (voz “húmida”);
- sialorreia, aumenta das secreções;
- excessiva movimentação da língua, fraco controlo da mesma;
- fraqueza facial;
- regurgitação nasal ou oral;
- pneumonias de repetição;
- resíduos alimentares na boca após a deglutição;
- mudanças nos sons respiratórios (respiração ruidosa, gorgolejo, pieira).

Este tipo de disfagia é comumente observado em pessoas mais idosas, devido às condições de saúde que são mais prevalentes nessa faixa etária (Mendes, 2009). No entanto, como mencionado anteriormente, as mudanças na deglutição podem resultar do processo gradual de envelhecimento fisiológico, que inclui a hipotonia dos músculos da região oro-facial e alterações neurais que afetam o mecanismo de deglutição normal (Paiva, Xavier e Farias, 2013). Em pessoas mais jovens, a disfagia é frequentemente associada a doenças musculares inflamatórias, presença de abscessos e neoplasias (American Speech Language Hearing Association, 2004).

A disfagia que ocorre devido a disfunção neurológica como AVC, demência, Doença de Parkinson, traumatismo craniano e outras doenças neurodegenerativas designa-se de Disfagia Neurogénica. De acordo com World Gastroenterology Organisation (2014) nos primeiros três dias após o AVC 42% a 67% dos doentes apresentam disfagia orofaríngea, Tralp, et al. (2007) complementam referindo ainda que nos primeiros cinco dias após AVC estes doentes apresentam incidências de aspiração entre os 19,5% a 42%, considerando assim o AVC como a principal causa de disfagia orofaríngea.

A etiologia da lesão no AVC pode resultar em sintomas persistentes. Lesões cerebrais no hemisfério direito tendem a afetar a fase laríngea da deglutição, enquanto lesões no hemisfério esquerdo parecem prejudicar a fase oral devido a dificuldades na programação e execução dos movimentos faciais. Quando a lesão ocorre no tronco cerebral, geralmente leva à disfagia orofaríngea devido ao comprometimento dos principais centros de controlo da deglutição (Mendes, 2009).

A **disfagia esofágica**, conhecida como disfagia "baixa", refere-se à dificuldade de passagem dos alimentos pelo esófago, com possível comprometimento no esófago distal (WGO, 2014). Os doentes com disfagia esofágica geralmente apresentam queixas de dor torácica após a deglutição. As causas mais frequentes dessa condição incluem neoplasia esofágica, acalasia, candidíase, esofagite por refluxo, distúrbios da motilidade esofágica espástica e lesões causadas por radioterapia (Mendes, 2009; WGO, 2014).

Os doentes que apresentam disfagia tanto para líquidos como para sólidos, pode refletir dismotilidade esofágica ou acalasia, que pode ser acompanhada por sintomas como regurgitação noturna, necessidade de movimentação ou ingestão de líquidos para facilitar a passagem dos alimentos. Por outro lado, a disfagia apenas para sólidos sugere uma possível obstrução mecânica, como uma estenose esofágica. A halitose pode surgir como um sinal indicativo de acalasia avançada ou obstrução de longa duração, resultando na acumulação de resíduos alimentares em decomposição no esôfago. No processo de avaliação, a história clínica desempenha um papel fundamental, pois situações agudas podem estar relacionadas à presença de um corpo estranho, enquanto em casos de progressão gradual, é crucial considerar a disfagia esofágica, com especial atenção para a exclusão de possíveis neoplasias malignas (WGO, 2014). Estas causas comprometem a eficácia dos mecanismos de proteção das vias aéreas, aumentando a propensão à passagem de saliva ou conteúdo gástrico para o trato respiratório (White et al., 2008; WGO, 2014).

O programa de reabilitação para doentes com disfagia é altamente personalizado e único, sendo o seu sucesso determinado pela manutenção da continuidade, coordenação eficaz e colaboração estreita com a equipa de saúde e o próprio doente. Viver com disfagia requer a necessidade de ajustar os estilos de vida e adaptar-se a esta nova condição, e é nesse contexto que o papel central do Enfermeiro de Reabilitação se destaca (Frias et al., 2015). A reabilitação do doente disfágico visa alcançar uma deglutição segura, melhorar o aporte nutricional e reduzir o risco de aspiração brônquica, bem como minimizar as

complicações associadas a essa condição. A eficácia da reabilitação na disfagia orofaríngea está intrinsecamente ligada à implementação de um programa terapêutico que estabeleça procedimentos específicos capazes de promover resultados significativos na dinâmica da deglutição, traduzindo-se de forma satisfatória no bem-estar geral do doente (Silva, 2007). Num estudo realizado pelo mesmo autor, este refere que o *“controle da eficácia na reabilitação da disfagia orofaríngea tem apresentado progressos e embora ainda necessite de estudos, tem se mostrado responsável pela melhora da qualidade de vida de muitos doentes”* (Silva, 2007).

1.2.2. Avaliação da Disfagia

A avaliação da disfagia deve ser válida, confiável e repetível e, portanto, o uso de um teste de avaliação formal tem sido recomendado como a melhor prática no Reino Unido, nas Diretrizes de AVC dos Estados Unidos e do Canadá (Pierpoint & Pillay, 2020). Portanto, a avaliação clínica da disfagia tem como finalidade identificar a existência de disfagia, determinar o seu grau de gravidade, compreender a sua origem, desenvolver um plano de reabilitação e avaliar os resultados do tratamento. Esta avaliação clínica não invasiva inclui a realização de uma anamnese detalhada, um exame físico completo, bem como uma avaliação anatômica e funcional que envolve a avaliação da sensibilidade e dos reflexos relacionados à deglutição, juntamente com a aplicação de testes de ingestão oral (Macarini, et al., 2007).

Uma avaliação eficaz da disfagia deve envolver testes destinados a diagnosticar distúrbios nas funções orais, tais como a incapacidade de engolir completamente o bolo alimentar, mudanças na qualidade da voz, disartria, tosse voluntária ineficaz, diminuição da elevação laríngea durante a deglutição de saliva e alterações na sensibilidade da laringe. Esses testes devem ser concisos, não invasivos, de baixo risco para o doente e viáveis de serem realizados à beira do leito. No entanto, devem ter a capacidade de identificar doentes em risco de disfagia, permitindo uma intervenção rápida de forma a prevenir potenciais complicações hospitalares (Padovani, Moraes, Mangili, & Andrade, 2007).

Outros fatores a serem considerados são a avaliação da morfologia e função dos lábios, língua, mandíbula, palato e laringe, bem como o controle muscular da cabeça e do pescoço.

A função gustativa deve ser igualmente examinada utilizando estímulos específicos, como sabores ácidos, amargos, doces, frios e quentes. Além disso, a avaliação deve ser concluída com a ingestão oral de diferentes tipos de alimentos (líquidos, semilíquidos, pastosos e semissólidos) para a avaliação funcional das fases oral (sucção e mastigação) e faríngea da deglutição.

Segundo Padovani, Moraes, Mangili e Andrade (2007), uma avaliação não invasiva da disfagia pressupõe a avaliação de elementos como:

- Escape oral anterior- ocorrência de perda do alimento ou líquido pelos lábios, após a captação do bolo. Considerando-se ausente quando não existe perda do alimento e presente quando ocorre salivação pelas comissuras labiais;

- Tempo de trânsito oral- tempo entre a captação completa do bolo e o início da ação hiolaringeo determinante no avanço do reflexo de deglutição. Considera-se adequado para o tempo máximo de quatro segundos e lento, quando é superior a este período;

- Refluxo nasal- extravasamento do líquido para a cavidade nasal durante a deglutição, devido à incapacidade do encerramento completo velofaríngeo. Considera-se ausente quando não há escape do líquido, e presente quando ocorre escape do líquido após a sua oferta, para o nariz;

- Número de deglutições- quantidade de deglutições realizadas para que haja uma completa progressão do bolo alimentar. Episódios de deglutição múltipla indicam que o doente não consegue engolir todo o bolo alimentar de uma só vez, o que deveria ser o padrão normal. Isto ocorre devido à presença de resíduos na cavidade oral e recessos faríngeos, o que sugere dificuldades na propulsão oral, alterações no reflexo de deglutição e paralisia da parede da faringe. Para avaliar essa condição, é necessário observar o movimento da laringe e realizar a auscultação cervical para determinar o número de deglutições necessárias para a passagem completa do bolo alimentar. Considera-se adequada quando existe uma única deglutição; múltiplas na presença de mais de uma

deglutição até um minuto após oferta; ausente, quando não existe ativação do reflexo de deglutição;

- Elevação laríngea- capacidade de movimentação laríngea anterior e superior durante a deglutição, quando esta está dificultada aumenta o risco de aspiração. A avaliação visual e digital dessa região, depreende o rigor da deglutição e indica o trajeto do bolo alimentar. Considera-se adequada a elevação laríngea que atinja em média, dois dedos do avaliador; reduzida quando a elevação laríngea atinge menos de dois dedos; ausente na ausência de reflexo de deglutição;

- Auscultação cervical- escuta de sons associados à deglutição, com recurso ao estetoscópio. A auscultação cervical deve ser realizada na região lateral da junção entre a laringe e a traqueia, anterior à artéria carótida. Esta avaliação deve ser conduzida antes, durante e após a deglutição, com o propósito de identificar a presença ou ausência de resíduos na faringe ou laringe. Em deglutições normais, geralmente ocorrem dois cliques audíveis acompanhados de um sopro expiratório. Além disso, a auscultação dos sons respiratórios (tanto na inspiração quanto na expiração) antes da ingestão do alimento e a observação de períodos de apneia da deglutição, que consistem na interrupção temporária do fluxo respiratório durante a deglutição, são elementos que contribuem para uma avaliação mais abrangente da função de deglutição comprometida. Considera-se auscultação cervical adequada quando se verifica ausência de ruídos na sequência da expiração e inspiração e ausência de apneia; alterada antes e após a deglutição, na presença de ruídos na respiração antes da deglutição e manutenção dos mesmos após a deglutição; alterada após a deglutição quando ocorre presença de ruídos, não observados inicialmente, após a auscultação da deglutição;

- Saturação de oximetria periférica (SpO₂)- percentagem de oxigénio arterial na corrente sanguínea, através da mensuração da oximetria periférica. Esta avaliação fundamenta-se na premissa de que a aspiração de alimentos desencadeia um reflexo de broncoespasmo, resultando na redução da perfusão ventilatória e, conseqüentemente, na diminuição dos níveis de saturação de oxigénio. Considera-se adequada para a manutenção ou redução até 4% do valor de base do doente; queda de saturação, quando ocorre uma diminuição superior a 4% do valor base do doente, após oferta alimentar;

- Qualidade Vocal conjunto de características que identificam a voz do doente, permitindo identificar a presença ou ausência de alterações na voz, como voz molhada,

rouquidão ou pigarreio. Considera-se adequada, quando não existe rouquidão, soproidade ou voz molhada; rouquidão e/ou afonia, na presença das características descritas anteriormente; voz molhada na presença de um som borbulhante na voz, após oferta. Importa salientar, que a presença de voz molhada, pigarreio (produzido pela aproximação das pregas vocais, identificado como “ahem”), ou voz rouco-soprosa, em associação com outras alterações identificadas, frequentemente indicam aumento do risco de aspiração pulmonar;

- Tosse- resposta reflexa do tronco cerebral para proteção da via aérea, quando da entrada de corpos estranhos, podendo igualmente, ser produzida voluntariamente. A ocorrência de tosse reflexa durante e após a ingestão de alimentos é um sinal característico de aspiração na disfagia orofaríngea, sugerindo sensibilidade na região laríngea e capacidade de expetorar. Quando se observa a presença de tosse, é essencial considerar três características diferentes: o desencadeamento (se é reflexo ou voluntário), a intensidade (se é forte ou fraca) e o momento em que ocorre (antes, durante ou após a refeição). Considera-se ausente quando não ocorre tosse reflexa ou voluntária durante a refeição; tosse reflexa, na presença de tosse sem apelo; tosse voluntária, na presença de tosse sob solicitação, normalmente necessária após auscultação cervical alterada ou presença de voz molhada; tosse forte ou eficaz, presença de tosse capaz de mobilizar secreções e efetuar limpeza da via aérea; tosse fraca ou ineficaz, na presença de tosse incapaz de mobilizar secreções ou efetuar limpeza da via aérea; tosse antes da deglutição, presença de tosse após a captação do bolo e antes do desencadeamento do reflexo de deglutição; tosse durante a deglutição, na presença de tosse imediatamente após o desenvolvimento do reflexo de deglutição; tosse após a deglutição, na presença de tosse até um minuto após o desencadeamento do reflexo de deglutição;

- Engasgamento- obstrução do fluxo aéreo, parcial ou completo, devido à entrada de um corpo estranho nas vias aéreas inferiores, podendo produzir cianose e asfixia. Considera-se ausente, quando não existe engasgamento; presente com rápida recuperação, quando existe tosse durante a deglutição, sem cianose e com rápida recuperação da frequência respiratória de base; presença com difícil recuperação, quando existe tosse durante a deglutição, podendo ocorrer cianose, com difícil recuperação da frequência respiratória de base.

Para uma avaliação ágil e não invasiva da disfagia, conforme observado no estudo conduzido por Cardoso et al. (2011), foram identificadas duas escalas de avaliação amplamente utilizadas no contexto de AVC: o The Gugging Swallowing Screen (GUSS), e o The Toronto Bedside Swallowing Screening Test (TOR-BSST). Ambos os testes são aplicados de maneira autônoma por profissionais de saúde, como terapeutas, enfermeiros especializados em reabilitação ou neurologistas. De acordo com a revisão sistemática conduzida por Cardoso et al. (2011), ambos os testes apresentam uma excelente concordância entre terapeutas e enfermeiros. O teste GUSS demonstra uma fiabilidade elevada, com 100% de sensibilidade para doentes em estado agudo e em reabilitação, no que concerne ao diagnóstico de disfagia e à avaliação do risco de aspiração. Por outro lado, o teste TOR-BSST exibe uma sensibilidade elevada, atingindo 96,3% para doentes em estado agudo e 80% para doentes em reabilitação, juntamente com uma razoável especificidade de 66,7% no diagnóstico de disfagia, quando comparado com os resultados da videofluoroscopia, um exame invasivo utilizado para avaliar a disfagia. Os dois instrumentos de avaliação também demonstraram elevados níveis de validade e confiabilidade.

O teste GUSS (Trapl et al, 2007) compreende duas etapas de avaliação: a primeira fase envolve um teste de deglutição indireto, no qual é observado o padrão de deglutição da saliva (ou a aplicação de um spray substituto de saliva em doentes incapazes de produzi-la), seguido por um teste de deglutição direto. A cada item é atribuída uma pontuação máxima de cinco pontos, sendo que uma pontuação mais elevada reflete uma deglutição mais eficaz. Na primeira etapa, conhecida como teste indireto, o avaliador realiza uma avaliação da vigilância, observa se existe tosse voluntária, verifica a capacidade de deglutição da saliva, avalia a presença de sialorreia e analisa a ocorrência de disfonia. Cada um destes itens recebe uma pontuação, de 0 pontos (indicando condição patológica) ou 1 ponto (indicando condição fisiológica). Na segunda etapa, designada de teste direto, realiza-se a avaliação da deglutição, tosse involuntária, sialorreia e disfonia. Esta avaliação é conduzida em três fases sequenciais: primeiro, durante a ingestão de semissólidos (como água espessada com a consistência de pudim); depois, durante a ingestão de líquidos em volumes variados (3, 5, 10, 20 e 50 ml); e por fim, durante a ingestão de sólidos (consistindo em 5 pedaços de pão humedecido). Nesta etapa, são atribuídos 2 pontos para uma deglutição normal, 1 ponto para uma deglutição prolongada e 0 pontos para uma deglutição patológica. As pontuações finais são agrupadas da

seguinte forma: 0-9 (indicando disfagia severa); 10-14 (indicando disfagia moderada); 15-19 (indicando disfagia leve); e 20 (indicando uma deglutição normal sem risco de aspiração).

O teste TOR-BSST (Martino et al, 2008) consiste em cinco itens: voz prévia, movimentos da língua, sensibilidade faríngea, deglutição da água e voz posterior. No entanto, devido às dificuldades em diferenciar o reflexo de vômito da sensibilidade faríngea, os autores optaram por excluir esse item da avaliação. Este teste envolve a realização de dois testes orais breves e um teste de deglutição de água.

O diagnóstico da disfagia desempenha um papel crucial não apenas durante a fase aguda do AVC, mas também ao longo do processo de recuperação do doente. A realização de avaliações repetidas ao longo da recuperação permite a detecção precoce da disfagia e a implementação de medidas de reabilitação mais eficazes, contribuindo assim para a prevenção de complicações.

Embora a avaliação da deglutição seja realizada por uma equipa multidisciplinar, os enfermeiros, devido ao seu acompanhamento contínuo dos doentes, desempenham um papel fundamental na monitorização e observação da deglutição. Portanto, a expansão dos conhecimentos especializados e o contínuo desenvolvimento pessoal e profissional são aspetos essenciais na avaliação da disfagia em doentes com AVC.

1.2.3. Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação na Disfagia

A reabilitação funcional do doente após um AVC é uma fase crucial no processo de tratamento. A disfagia, como mencionado anteriormente, pode levar a várias complicações após um AVC, incluindo desnutrição, desidratação, risco de aspiração pulmonar, isolamento social e depressão. Portanto, a reabilitação desempenha um papel fundamental na melhoria do bem-estar e na qualidade de vida do doente após o evento patológico. É importante destacar que reabilitar a disfagia existente significa trabalhar para alcançar uma deglutição eficaz e segura, livre de complicações.

O início do tratamento envolve a identificação da causa subjacente da disfagia, que orienta a abordagem terapêutica, juntamente com a avaliação do risco de aspiração.

A American Speech Language Hearing Association, (2004) e WGO, (2014) descrevem 4 tipos de abordagem à disfagia:

1. Reabilitação e reeducação da deglutição: Envolve ajustes na postura, nutrição e comportamento alimentar; Utilização de manobras simples durante a deglutição para reduzir a disfagia; o treino da deglutição com um profissional especializado em distúrbios da deglutição; a aplicação de técnicas de terapia da deglutição, incluindo exercícios de fortalecimento, destinados a melhorar as dificuldades na deglutição.
2. Alterações nutricionais e dietéticas: Alimentos moles, combinados com medidas de correção postural; modificar a consistência dos alimentos (espessar os líquidos); controlo das necessidades nutricionais e de líquidos (considerando o risco de desidratação); adição de ácido cítrico nos alimentos, entre outros;
3. Apoio nutricional alternativo: Quando existe um elevado risco de aspiração ou a ingestão oral não é suficiente para manter um estado nutricional adequado, é importante considerar a possibilidade de inserção de uma sonda de alimentação, com a escolha entre a gastrostomia em situações específicas ou a alimentação por sonda nasogástrica em doentes críticos. A decisão entre essas opções deve ser baseada nas necessidades clínicas individuais, deixando a alimentação por gastrostomia percutânea ou sonda de jejunostomia para situações de patologias crónicas.
4. Tratamento cirúrgico: dirigidos a aliviar as causas espásticas da disfagia ou doentes com divertículo de Zenker.

Em colaboração com a equipa interdisciplinar, o EEER desempenha um papel fundamental na identificação, avaliação e reabilitação funcional de doentes com compromisso da deglutição. Esta abordagem inclui diversos domínios de atuação, contribuindo significativamente para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. A avaliação realizada deve abordar aspetos biopsicossociais do doente. Estes devem englobar um exame físico abrangente, que inclui a avaliação dos pares cranianos e a integridade da cavidade oral, bem como uma avaliação da deglutição usando ferramentas de avaliação específicas. O nível de consciência e a capacidade de compreensão do doente são fatores essenciais para a recolha de dados na avaliação e para o sucesso do programa de reabilitação (Michalakis et al., 2006). Com base na avaliação,

serão implementadas estratégias de deglutição ou pode ser identificada a necessidade de exames objetivos. É importante salientar que os "testes de cabeceira", embora desempenhem um papel crucial na triagem precoce do risco de disfagia e aspiração, não têm a capacidade de detectar aspirações silenciosas (Ramsey et al., 2003).

De acordo com a Speech Pathology Australia (2012), a avaliação clínica da deglutição deve ser abordada em três fases distintas, que abrangem a anamnese, o exame físico oro facial e a avaliação da função de deglutição.

A atuação do EEER envolve a implementação de estratégias de compensação e reabilitação, que incluem modificações na consistência da dieta, ajustes na postura, estímulo sensorial, adoção de mudanças voluntárias na deglutição e a realização de exercícios para melhorar a amplitude de movimento e fortalecimento muscular (O'Rourke et al., 2014; Zheng, Li e Liu, 2014; Johnson, Herring e Daniels, 2014).

A avaliação do doente deve ser realizada na posição de sentado, o que permite a observação do controlo cefálico e do pescoço. Esta posição é crucial para prevenir a aspiração pulmonar, melhorar a ventilação e facilitar o processo de alimentação. Durante a avaliação, é importante examinar a mucosa da cavidade oral e orofaríngea, observar a simetria, cor, força e humidade dos lábios e língua, avaliar a mobilidade e força da mandíbula, verificar a capacidade de encerramento labial e examinar o número e o estado dos dentes (Hoeman, 2011).

Reeducação Funcional da Deglutição

Como mencionado anteriormente, a reabilitação funcional da deglutição abrange principalmente técnicas compensatórias que viabilizam a ingestão oral de alimentos sem o risco de aspiração, além de exercícios de reabilitação destinados a aprimorar a força e a coordenação (Braga, 2016).

Técnicas Compensatórias

As técnicas compensatórias abrangem uma variedade de medidas que têm o potencial de modificar o fluxo de alimentos na cavidade orofaríngea, e a seleção dessas técnicas deve ser baseada na natureza específica da alteração observada em cada doente (Peixoto, 2009). Este tipo de intervenção permite obter efeitos imediatos, porém, se forem retiradas, a deglutição deixa de ser segura (Logemann & Jeri, 2006). Essas estratégias são

predominantemente empregadas em doentes com doenças de progressão contínua, para os quais uma intervenção direta não é benéfica, mas que mostram melhorias significativas com a adaptação da postura, a modificação da consistência dos alimentos e o controlo da ingestão dietética. São aplicadas durante as fases agudas ou críticas de recuperação, bem como na fase inicial da reabilitação, até que a deglutição seja restabelecida (Peixoto, 2009). Conforme mencionado por Logemann & Jeri (2006), as técnicas compensatórias envolvem modificações durante a alimentação e incluem ajustes na postura, a utilização de manobras com estímulo sensorial, como estimulação tátil, térmica ou gustativa, a alteração das texturas ou viscosidades dos alimentos, bem como a variação do volume e ritmo da ingestão alimentar.

Postura da Cabeça em Flexão

Esta técnica é particularmente benéfica para doentes que apresentam atraso no reflexo de deglutição, diminuição na elevação laríngea, redução na retração da língua e comprometimento do encerramento laríngeo, uma vez que ajuda a evitar a acumulação do bolo alimentar (Braga, 2016).

A flexão cervical é realizada com o propósito de reduzir a distância entre a laringe e o hióide, bem como entre o hióide e a mandíbula. Essa postura é adotada para prevenir a aspiração de alimentos, uma vez que contribui para estreitar as vias aéreas (Peixoto, 2009).

Postura da Cabeça em Extensão

Esta técnica é recomendada em doentes com comprometimento no controlo da língua, uma vez que acelera o tempo de trânsito oral devido à influência da força e da gravidade (Peixoto, 2009). Esta manobra deve ser aplicada apenas em pessoas colaborantes, com um bom nível de compreensão e que não apresentem disfunções na proteção da via aérea. Além disso, como medida de segurança, é aconselhável solicitar que o doente sustente a respiração antes de realizar a extensão (Manobra Supraglótica) (Logemann & Jeri, 2006).

Postura da Cabeça em Rotação para o lado afetado

Tem como objetivo aumentar a adução das cordas vocais e, ao mesmo tempo, promover o encerramento da faringe do lado para o qual a cabeça está lateralizada, permitindo que o bolo alimentar progrida pelo lado oposto. Geralmente, é indicada em

casos de parésia unilateral da faringe ou laringe e/ou lesão unilateral das cordas vocais (Logemann, 2008; Pauloski, 2008).

Postura da Cabeça em Flexão lateral para o lado sã

Esta técnica visa direcionar o bolo alimentar para o lado saudável da faringe, reduzindo o risco de aspiração. Desta maneira, o alimento avança naturalmente devido à ação da gravidade, evitando qualquer contato com as estruturas afetadas (Logemann, 2008; Pauloski, 2008).

Manobras de Input Sensitivo

O propósito destas manobras é aumentar a excitabilidade nos centros nervosos, exercendo influência sobre os mecanismos corticais da deglutição (Braga 2016). Podem ser categorizadas como compensatórias, uma vez que não afetam o controlo motor da deglutição, e também como técnicas de reabilitação, já que podem influenciar os tempos de deglutição ao reduzir o início oral e o atraso faríngeo (Peixoto, 2009).

Todas as técnicas empregadas envolvem a estimulação sensorial. Geralmente, são aplicadas em doentes com atraso no desencadeamento da deglutição faríngea, pois essa condição é predominantemente de natureza sensorial e não motora. Estratégias como a modificação do volume do alimento, a alteração da viscosidade ou a inclusão de alimentos ácidos ou gaseificados, podem ser utilizadas para promover um desencadeamento mais rápido e eficaz da deglutição faríngea (Logemann & Jeri, 2006).

No que diz respeito ao gosto amargo, diversos autores mencionam que ele pode apresentar uma série de benefícios, tais como estimular o nervo trigêmeo (V), reduzir o tempo necessário para as fases oral e faríngea da deglutição, diminuir a probabilidade de aspiração, e ainda aumentar a amplitude e a força da contração da língua, bem como a pressão exercida por esta (Braga, 2016). Quanto ao volume, sugere-se que um aumento no volume pode acelerar o processo de deglutição devido à maior percepção do bolo alimentar na cavidade oral. Contudo, é importante ressaltar que volumes excessivamente grandes podem intensificar a sensação de estimulação e, conseqüentemente, aumentar o risco de aspiração.

A cavidade oral demonstra alta sensibilidade não apenas ao sabor, mas também à pressão, à textura e à temperatura dos alimentos (Umphred, 2010).

A produção de saliva é regulada pelos sistemas simpático e parassimpático. Os núcleos do tronco cerebral aumentam a secreção salivar, desencadeando impulsos através das fibras parassimpáticas dos nervos cranianos Facial (VII) e Glossofaríngeo (IX), em resposta a vários estímulos, incluindo a estimulação tátil na cavidade oral e sabores, com especial ênfase nos sabores ácidos (Seeley, Stephens, & Tate, 2012).

Exercícios de Reabilitação Miofuncional e Manobras de Deglutição

Existe uma ampla variedade de exercícios destinados a fortalecer músculos específicos ou grupos musculares da cavidade oral e faringe, que têm demonstrado eficácia na melhoria de distúrbios da deglutição/disfagia. No entanto, é importante salientar que para alcançar resultados significativos, pode ser necessário um período de treino que varia de 2 semanas a 2 meses (Logemann & Jeri, 2006).

Para evitar a fadiga do doente e aprimorar o controle da deglutição, é recomendável realizar exercícios várias vezes ao dia, distribuídos em dez sessões com uma duração de cinco minutos cada (Braga, 2016). A implementação de um conjunto de exercícios, que não necessita ser excessivamente longo, pode resultar em melhorias significativas tanto a nível muscular quanto funcional.

Estes exercícios tem como objetivo aperfeiçoar a amplitude, força, precisão e velocidade das funções de várias estruturas anatómicas envolvidas na deglutição orofaríngea, incluindo os lábios, a língua, a laringe e a mandíbula.

➤ Exercícios dos Lábios

Estes exercícios são destinados a doentes com fraqueza nos músculos faciais e labiais, uma vez que exercícios de resistência e amplitude de movimento podem ser altamente benéficos. Esses exercícios consistem em movimentar as estruturas-alvo até sua extensão máxima e mantê-las nessa posição por aproximadamente 1 segundo. (Logemann & Jeri, 2006). Para essas estruturas, são recomendados exercícios que incluem protração, retração e lateralização; produção de sons tipo "estalar"; segurar uma espátula ou outro objeto fino; imitar o gesto de assobiar; movimentar os lábios como se fossem dar um beijinho e realizar movimentos de sucção (Braga, 2016). O ato de segurar

uma espátula ou outro objeto semelhante é eficaz na melhoria da tonicidade dos lábios, mostrando-se uma técnica que costuma ser bem aceite pelas pessoas.

➤ **Exercícios da Língua**

O propósito destes exercícios é melhorar a amplitude, a força e a resistência da língua. No que se refere à amplitude, o doente é instruído a estender a língua o mais possível para fora da boca, a realizar movimentos em direção a cada canto da boca e a elevar a ponta da língua até à parte interna dos dentes.

Com o intuito de aumentar a amplitude de movimentos, o doente pode praticar a máxima abertura da mandíbula enquanto mantém a língua elevada. Para fortalecer a parte posterior da língua, o treino envolve a emissão de sons como "k" ou "g" (Braga, 2016).

Para fortalecer esta estrutura, aplica-se pressão usando uma espátula ou colher contra a língua, o que pode ser eficaz na melhoria da força e coordenação da língua (Logemann & Jeri, 2006).

Os exercícios de manipulação do bolo alimentar focam principalmente nos movimentos utilizados durante a mastigação, formação e transporte do bolo alimentar. Para isso, o doente executa o exercício de "língua em concha," com o objetivo de manter o bolo na cavidade oral (Braga, 2016).

➤ **Exercícios da Laringe**

O exercício *Shaker* é aplicado melhorar o movimento direto da laringe e dos hioides. Durante este exercício, o doente adota o decúbito dorsal e é instruído a focalizar o olhar nos dedos dos pés enquanto mantém os ombros próximos à cama. É importante observar que este exercício não é recomendado para indivíduos que sofrem de artrite significativa ou lesões no pescoço (Logemann & Jeri, 2006).

A manobra de Mendelsohn também é uma recomendação válida. Neste exercício, o doente é orientado a manter voluntariamente, por alguns segundos, a laringe elevada ao máximo durante a deglutição. Para a prática desta técnica, a pessoa pode colocar a mão na região da laringe para perceber a dinâmica dos músculos locais durante a deglutição. Além de melhorar a elevação da laringe e a abertura da transição faringo-esofágica durante a deglutição, esta manobra ajuda a reduzir os resíduos nos seios piriformes após o ato de deglutir (Logemann & Jeri, 2006).

A técnica da voz de falsete é utilizada com o propósito de fortalecer os músculos da laringe. Durante esta técnica, o doente realiza a voz de falsete, preferencialmente com a boca aberta. Este exercício possibilita a elevação da laringe, de forma semelhante ao que ocorre durante o processo de deglutição (Braga, 2016).

➤ **Exercícios da Mandíbula**

Estes exercícios compreendem a realização de movimentos da mandíbula em diversas direções, incluindo a abertura da boca, a mobilização da mandíbula para a esquerda e para a direita, além da possibilidade de executar movimentos circulares (Braga, 2016).

➤ **Manobras de Deglutição**

Estas manobras fazem parte da reabilitação funcional da deglutição e, ao mesmo tempo, contribuem para uma deglutição mais apropriada e segura.

- Deglutição Supraglótica: Permite encerrar as cordas vocais antes e durante a deglutição. O doente deve realizar uma inspiração e sustê-la, deglutir e tossir após a deglutição. Pode ser instruída com a seguinte sequência: inspirar- apneia- deglutir- expirar ou tossir;
- Deglutição Super – supraglótica: Denomina-se Super-supraglótica, uma vez que recruta os comandos da supraglótica, aumentando-os. A sequência usada é a mesma, contudo existe um esforço extra nessa mesma sequência com a realização da Manobra de Valsava. Este procedimento aumenta o esforço muscular e encerra não só as pregas vocais verdadeiras, mas também as pregas vocais falsas. No fim da deglutição a pessoa deverá tossir de modo a aumentar a eficácia;
- Deglutição Forçada: Aumenta a força muscular das estruturas envolvidas na deglutição, otimizando a passagem do bolo alimentar pela orofaringe. O doente é instruído a realizar força durante a deglutição com bolo alimentar, com a contração dos músculos enquanto deglute;
- Manobra de Masako: Permite aumento dos movimentos da parede posterior da faringe durante a deglutição. O doente deve protrair a língua, o mais confortavelmente possível, prende-la entre os dentes incisivos centrais e deglutir. Deverá ser implementada nos doentes que apresentam alteração da contração da faríngea. Contudo, é importante reter que esta manobra pode aumentar os resíduos

faríngeos, reduzir o encerramento do vestíbulo laríngeo e atrasar o início da deglutição;

- Manobra de Mendelshon: Consiste na elevação da laringe no momento da deglutição, aumentando a abertura do esfíncter esofágico superior, favorecendo a elevação laríngea durante a deglutição;
- Double swallow (dupla deglutição): Permite a remoção de restos alimentares da cavidade oral e recessos faríngeos;
- Hard swallow (Deglutição de esforço): O doente realiza força ao engolir para permitir contração dos músculos da laringe o que intensifica a propulsão oral, maximizando a deglutição funcional;

Adaptado de Peixoto (2009); Cordeiro & Menoita (2012); Braga (2016); Silva (2007)

Todas as manobras mencionadas anteriormente requerem controlo voluntário, destacando a importância da colaboração do doente. Podem ser realizadas tanto com alimentos como sem alimentos, sendo aconselhável a supervisão por meio de avaliação instrumental (Logemann & Jeri, 2006). Devido à necessidade de concentração e colaboração por parte do doente, é comum observar sinais de fadiga durante a realização dos exercícios. Portanto, é recomendável proporcionar um ambiente tranquilo e implementar um programa de exercícios com sessões de curta duração (Umphred, 2010).

Portanto, compreende-se que a reabilitação da deglutição é uma tarefa complexa. Pode ser vista como uma preparação para uma alimentação mais segura, sem necessariamente implicar que o doente tenha que se alimentar por via oral imediatamente. Em muitos casos, o doente pode manter uma sonda nasogástrica (SNG) para garantir a nutrição e hidratação adequadas, enquanto passa por outras intervenções de reabilitação direcionadas para a deglutição, até que esteja em condições de retomar a alimentação oral com segurança (Braga, 2016). Por outro lado, pode ser funcional, recorrer-se ao uso de exercícios com o bolo alimentar e movimentos da boca (Peixoto, 2009).

Posto isto, o Enfermeiro de Reabilitação desempenha um papel importante na reabilitação global do doente com o diagnóstico de AVC. Os enfermeiros de reabilitação apreendendo os objetivos do processo de reabilitação são elementos privilegiados na implementação de programas efetivos que visem a recuperação global e holística do doente, e a sua reinserção social. Assim sendo, considera-se que o enfermeiro de

reabilitação constitui uma mais valia na avaliação e melhoria dos cuidados e consequente, satisfação e qualidade de vida da pessoa.

O Enfermeiro de Reabilitação desempenha um papel de grande importância na reabilitação de doentes com diagnóstico de AVC. Compreendendo os objetivos do processo de reabilitação, os ER são fundamentais na implementação de programas eficazes voltados para a recuperação completa e holística do doente, bem como para a sua reintegração na sociedade. Portanto, pode-se afirmar que o enfermeiro de reabilitação representa um recurso valioso na avaliação e aprimoramento dos cuidados de saúde, o que, por sua vez, contribui para a satisfação e qualidade de vida do doente.

2. METODOLOGIA

Conceptualizámos um estudo de coorte retrospectivo utilizando uma base de dados hospitalar, que incluiu informação de todos doentes admitidos numa unidade de AVC de uma unidade hospitalar do norte de Portugal entre o período de janeiro e março do ano 2023.

A questão formulada para esta pesquisa foi: “*Qual a prevalência da Disfagia na pessoa com Acidente Vascular Cerebral na fase aguda?*”

Definimos como objetivos:

- Identificar a prevalência da disfagia em doentes pós acidente vascular cerebral na fase aguda;
- Caracterizar a população do ponto de vista das variáveis sociodemográficas;
- Propor a criação de intervenções no âmbito da Enfermagem de Reabilitação direcionado para a pessoa vítima de AVC com disfagia.

2.1. População

A população em estudo corresponde a 64 doentes com diagnóstico de AVC que deram entrada num serviço de internamento numa unidade de AVC no período de janeiro a março de 2023.

2.2. Instrumento de recolha de dados e variáveis em estudo

O Instrumento de recolha de dados foi construído a partir da base dados com as variáveis de caracterização clínica, sociodemográfica e as relativas à classificação da disfagia.

Para caracterizar a população recorreu-se à presença de fatores de risco e para a situação clínica considerou-se o diagnóstico do AVC de acordo com as seguintes categorias TACI, PACI, LACI, POCI e AVC hemorrágico bem como a localização da lesão (hemisfério direito, hemisfério esquerdo e vertebro basilar). Obteve-se informação relativa à presença de disfagia em dois momentos: na admissão e no momento da alta. Esta avaliação foi realizada através do Teste de deglutição – GUSS, onde os doentes foram classificados de acordo com o grau de disfagia nas seguintes categorias: sem disfagia (20 pontos), disfagia ligeira (15-19 pontos), disfagia moderada (10-14 pontos) e disfagia grave (0-9 pontos).

2.3. Procedimentos formais

Formalizámos o pedido à Comissão de Ética do HSOG para realizar a recolha de dados (Anexo E). Do pedido anterior, faz parte um outro pedido de autorização ao Diretor Clínico da Unidade de AVC. Após o parecer favorável foram recolhidos os dados para uma base de dados em formato Excel criada para o efeito.

Os aspetos éticos foram salvaguardados conforme Declaração de Helsínquia, sendo que todos os dados colhidos durante este estudo foram tratados de forma confidencial, tendo sido apenas recolhidos os dados respeitantes às variáveis em estudo. Toda a informação colhida foi codificada, sendo a original conservada num local seguro à responsabilidade do investigador. Como tal, foi garantido o anonimato e a confidencialidade dos dados obtidos.

Para a análise dos dados recorreu-se à estatística descritiva para a caracterização da população/amostra utilizando frequências relativas e absolutas, médias com respetivo desvio padrão.

Para a análise estatística utilizou-se o *software* de Folha de Cálculo do Microsoft Excel.

2.4. Limitações do Estudo

Com o início da realização do estudo, onde foram definidas as questões e os objetivos, teve-se, desde logo, a preocupação de desenvolver uma investigação, não só metodologicamente rigorosa, mas também que pudesse dar um importante contributo na prática de cuidados dos Enfermeiros, em especial dos Especialistas em Enfermagem de Reabilitação, nomeadamente na definição de intervenções concretas que fossem de encontro aos doentes com disfagia após AVC. Durante este percurso deparámo-nos com algumas dificuldades metodológicas, que passaremos a descrever de forma sucinta. A definição da amostra em estudo, a partir da população que lhe deu origem, conduziu a que o tamanho da amostra fosse uma das limitações do presente estudo. O tamanho amostral (n=64) e o tipo de amostra selecionada (não probabilística, por conveniência) limita a possibilidade de generalização dos resultados à população em estudo. Outra das limitações que verificamos ao longo da execução do estudo, foi na realização da base de dados não incluir as complicações dos doentes associadas à disfagia, como por exemplo as pneumonias por aspiração.

Apesar das dificuldades e das limitações acima descritas, consideramos ter tomado opções metodológicas adequadas quanto ao tipo de estudo e à amostra selecionada, de acordo com as questões e os objetivos da investigação, tendo esta contribuído para um conhecimento mais aprofundado sobre a disfagia no doente após AVC e no papel fundamental que o EEER desempenha.

3. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Caracterização da População

A Tabela 1 apresenta a caracterização dos 64 doentes considerados neste estudo dos quais, 35 (54,7%) são mulheres, com idade média de 71 anos, sendo que 46,9% têm idade superior a 74 anos. Realçamos que apesar disto, 28,1% dos doentes tem idade compreendida entre os 44 e 63 anos. Apenas 7 doentes apresentaram o diagnóstico de AVC hemorrágico, os restantes (n=57) apresentam o diagnóstico de AVC Isquémico, ou

seja 89,1% da população em estudo. Verifica-se predomínio das lesões no hemisfério direito (n=32; 56,1%), tendo sido objetivada a presença de lesões no território vertebro basilar em 2 doentes (3,5%). Utilizando a classificação da OCSP, LACI é o

diagnóstico mais prevalente correspondendo a 29,7% (n=19) e POCI é o diagnóstico menos prevalente correspondendo a 7,8% (n=5) desta amostra.

A média de dias de internamento foi de 4 dias e apenas 6,3% da amostra apresentou tempo de internamento superior a 8 dias. Relativamente aos fatores de risco, podemos constatar que 65,63% (n=42) dos doentes apresentam hipertensão arterial (HTA) e logo a seguir encontra-se a dislipidemia com 60,94% (n=39). Podemos verificar ainda que 31,25% (n=20) dos doentes apresentam diabetes melittus tipo 2 (DM2). Salientamos a maior incidência de HTA e dislipidemia no género feminino, correspondendo a 35,94% e 39,06%, respetivamente, e igual prevalência nos dois géneros de DM2 (15,63%). O tabagismo e o etilismo têm uma menor prevalência na população (12,5%; 23,44%), identificando-se um maior número no género masculino (7,81%; 17,81%). Falando agora da obesidade constata-se que 76,56% (n= 49) da amostra apresenta índice de massa corporal (IMC) superior a 25,0. Apesar disso, apenas 20,25% (n=13) apresenta IMC entre 30,0 3 39,9. O género mais afetado pelo excesso de peso é o feminino, 82,86% das mulheres apresentam IMC superior a 25.

Tabela 1- Caracterização da amostra

<i>Característica</i>		n	%
Género	Feminino	35	54,67
	Masculino	29	45,31
Faixa etária	<45 anos	1	1,56
	45-54 anos	7	10,94
	55-64 anos	11	17,19
	65-74 anos	16	25,00
	75-84 anos	12	18,75
	>85 anos	17	26,56

Fatores de Risco	Hipertensão	42	65,63
	Dislipidemia	39	60,94
	DM2	20	31,25
	Etilismo	15	23,44
	Tabagismo	8	12,50
	Obesidade	13	20,31
	AVC prévio	13	20,31
Diagnóstico	AVC Isquémico à Esquerda	23	35,94
	AVC isquémico à Direita	32	50,00
	AVC Isquémico Vertebro basilares	2	3,13
	AVC Hemorrágico	7	10,94
Classificação Bamford	TACI	18	28,13
	POCI	5	7,81
	LACI	19	29,69
	PACI	14	21,88
Escala de Coma de Glasgow	7	1	1,56
	11	3	4,69
	12	3	4,69
	13	3	4,69
	14	15	23,44
	15	39	60,94

Caracterização da Disfagia

Aplicámos a Escala GUSS a todos os doentes, nas primeiras 24 horas de internamento. Os doentes com o diagnóstico de disfagia foram reavaliados todos os dias no turno da manhã, e os doentes sem diagnóstico de disfagia foram reavaliados sempre que a situação clínica do doente o justificasse (como é o caso do 1ºlevante, ou outra alteração). Para esta investigação os momentos de avaliação foram a admissão e alta.

No período entre o mês de janeiro e março de 2023, foram 64 os doentes sujeitos a avaliação deglutição com recurso à Escala GUSS. Foram sinalizadas 34 doentes, ou seja 53,1%, com perturbação da deglutição/disfagia (Tabela 2). 23,4% dos doentes avaliados apresentaram disfagia grave com alto risco de aspiração, 14,1% disfagia moderada com risco de aspiração e 15,6% disfagia ligeira sem risco de aspiração.

Tabela 2 – Grau de Disfagia à admissão

<i>Grau de Disfagia</i>	n	%
<i>Sem disfagia</i>	30	46,88%
<i>Disfagia ligeira</i>	10	15,63%
<i>Disfagia Moderada</i>	9	14,06%
<i>Disfagia grave</i>	15	23,44%
<i>Total Geral</i>	64	100,00%

Como se pode verificar, através dos resultados expostos nos gráficos a seguir apresentados (1 e 2), no total da amostra, há um predomínio de disfagia no género masculino, representando-se em 28,13% (n= 18). No entanto a disfagia grave é mais frequente no género feminino correspondendo a 26% da amostra (n= 9) .

Gráfico 1 – Grau de disfagia no Género Masculino

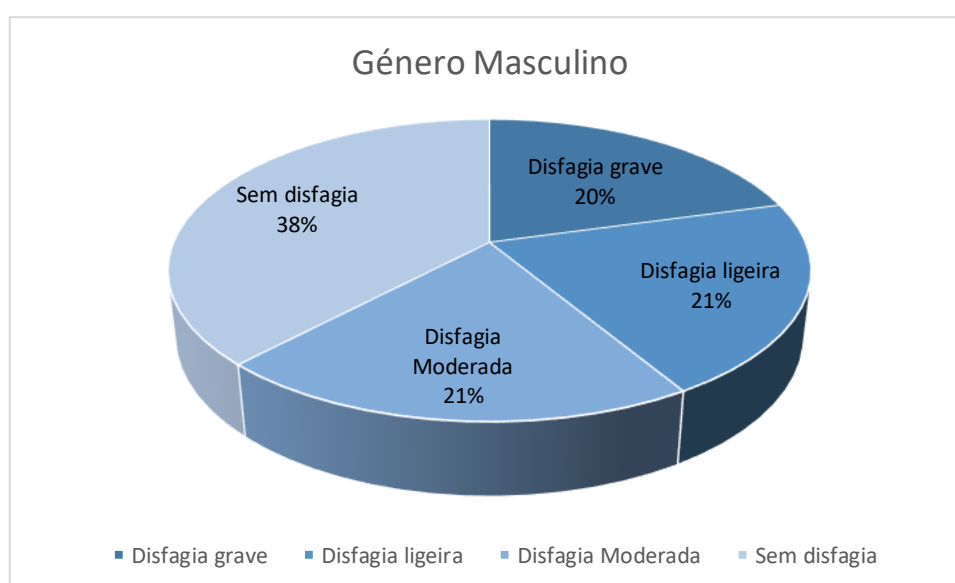
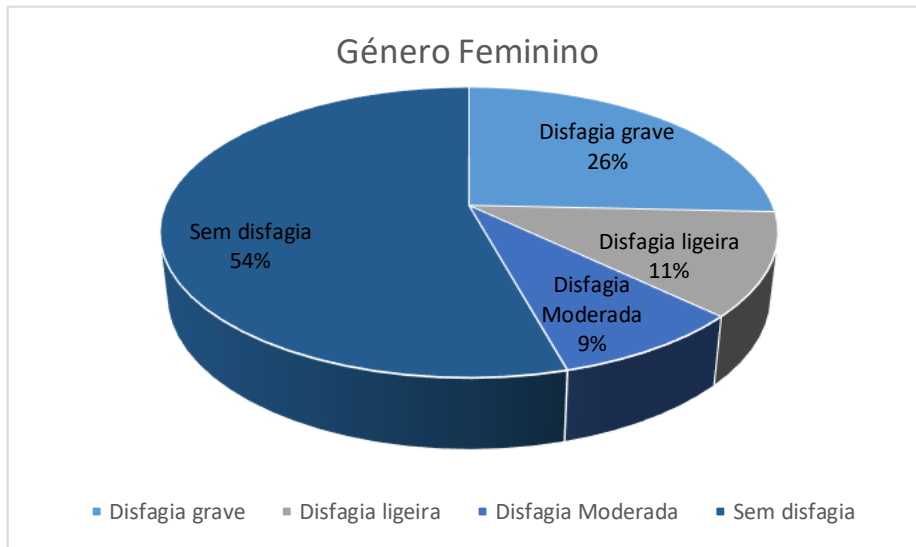
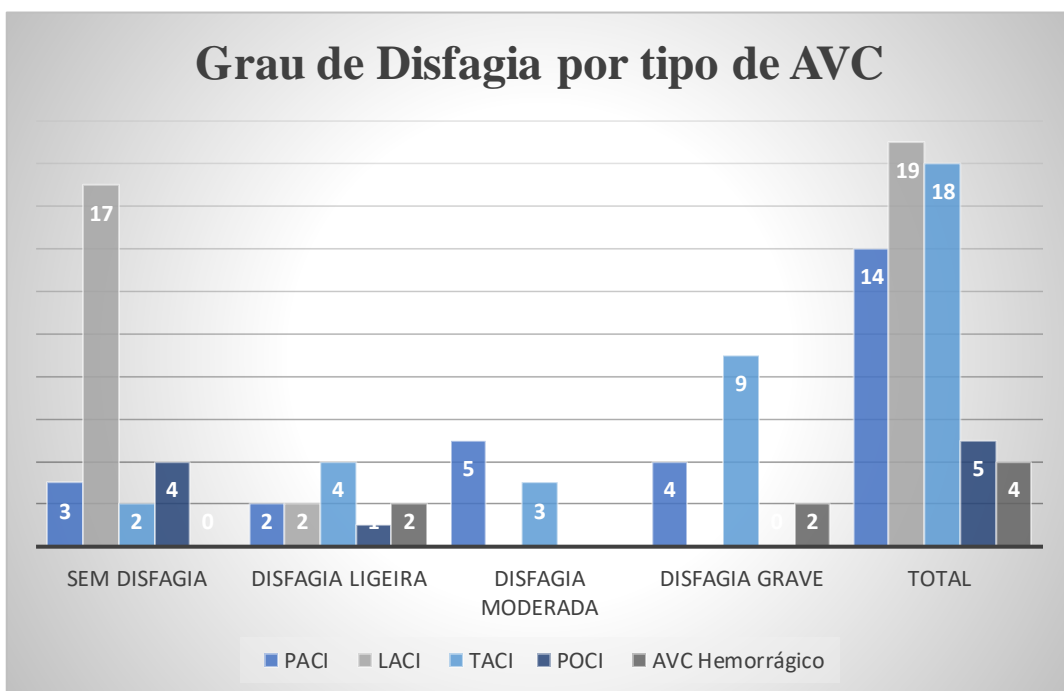


Gráfico 2 – Grau de Disfagia no Género Feminino



Constata-se que 50% dos doentes com disfagia apresentavam diagnóstico de AVC no hemisfério direito. Sendo o diagnóstico de disfagia grave mais frequente (Gráfico 3). Foi mais evidente o diagnóstico de disfagia nos AVC TACI, seguindo-se os PACI. A disfagia grave é mais comumente observada em casos de AVC do tipo TACI.

Gráfico 3 – Grau de Disfagia por tipo de AVC na admissão



Na avaliação dos doentes no momento da alta, constata-se que os doentes que apresentavam disfagia grave à admissão assim se mantiveram na alta. Apenas um doente com disfagia ligeira à admissão saiu sem deglutição comprometida. Em contrapartida, outro doente sem disfagia agravou para disfagia ligeira. Quanto à disfagia moderada houve aumento de 9 para 11 doentes.

Tabela 3 – Grau de Disfagia na alta

<i>Grau de Disfagia</i>	n	%
<i>Sem disfagia</i>	30	46,88
<i>Disfagia ligeira</i>	8	12,50
<i>Disfagia Moderada</i>	11	17,19
<i>Disfagia grave</i>	15	23,44
<i>Total Geral</i>	64	100,00

Relativamente ao grau de disfagia por género não se encontram diferenças entre os dois. Um homem aumentou o grau de disfagia, de ligeira para moderada, e uma mulher também.

4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A amostra deste estudo é maioritariamente do género feminino (54,7%), com uma idade média de 71,3 anos, o que vai ao encontro do estudo de Silva (2015), onde, dos 25 doentes com diagnóstico de AVC, a média de idade foi ligeiramente superior à da amostra em estudo com 76,8 anos, também com prevalência do sexo feminino (68%). Estes resultados confirmam os dados da Organização Mundial de Saúde e da *World Stroke Organization*, mencionados por Rodrigues (2016), que indicam que seis em cada dez casos de AVC ocorrem em mulheres, o que pode ser atribuído ao uso de contraceptivos orais, especialmente no caso de mulheres que fumam ou têm hipertensão, terapia

hormonal pós-menopausa, colesterol elevado, diabetes e outras doenças que aumentam o risco de AVC nas mulheres. Já o estudo de Sousa-Uva e Dias (2016), com uma amostra de população portuguesa, a faixa etária dos 65 aos 74 anos apresentou a maior incidência de AVC em homens. O AVC é uma das principais causas de morte em Portugal. De acordo com o mesmo autor cerca de 6 pessoas sofrem um AVC a cada hora, e que destes resultam 2 a 3 óbitos.

Dos doentes selecionados observa-se que a maior parte (85,9%) tem pelo menos um fator de risco associado, entre os quais 65,6 % hipertensão arterial, 60,9% dislipidemia, 31,3 % diabetes mellitus tipo 2, etilismo corresponde 23,4%, 12,5% tabagismo e 20,3% dos doentes já tinham tido um AVC previamente. A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2011) refere a presença de mais de trezentos fatores de risco relacionados às doenças cardiovasculares. Os principais são aqueles que atendem a três critérios: são altamente prevalentes em várias populações, têm um impacto significativo e independente no risco e são modificáveis ou passíveis de fiscalização. A OMS (2011) refere ainda que, os fatores de risco são responsáveis por aproximadamente 80% das principais doenças cardiovasculares. No estudo conduzido por Silva (2015) observaram que os doentes apresentavam antecedentes de HTA, demência, diabetes mellitus, dislipidemia, doença respiratória e AVC prévio ao episódio atual de AVC. Esse episódio de AVC ocorreu entre 2 a 11 anos atrás, e apenas um participante (4%) sofreu sequelas na deglutição como resultado desse episódio.

Relativamente ao tipo de AVC, neste estudo prevalece o AVC isquémico (89,1%), sendo que 50% dos doentes apresentam lesão no hemisfério direito. De acordo com classificação de Bamford o diagnóstico mais frequente é o LACI (29,7%) seguindo-se o TACI com 28,1% e o POCI é o menos frequente (7,8%). De acordo com a Direção-Geral de Saúde (2017), com base nos dados recolhidos no período entre 2013 e 2015, é observada uma maior prevalência de AVC isquémico. As sequelas observadas após um AVC variam de acordo com os territórios vasculares afetados (Ferro & Pimentel, 2006). A gravidade das sequelas após um AVC depende do local onde ocorreu, bem como da gravidade do evento e do tempo de resposta. As sequelas podem variar de pessoa para pessoa e podem ser agrupadas em diferentes categorias, como emocionais, neurológicas e motoras, como mencionado por Silva (2015). O mesmo autor também menciona que o AVC resulta em dependência nas AVD.

Na avaliação na disfagia, no total da amostra, há um predomínio de doentes, na admissão, que revelam deglutição comprometida, com risco de aspiração associado (53,1%). Destes 12,5% revelaram disfagia ligeira, disfagia moderada 14,1% e 23,4% disfagia grave. No estudo realizado por Mourão, Almeida, Lemos et al. (2015), a frequência de disfagia foi de 52%, sendo que 28% dos doentes apresentavam disfagia grave com alto risco de aspiração. No estudo de Silva (2015), apenas 24% dos doentes não apresentava disfagia. A média de dias entre cada avaliação foi de 4,14 dias. Na segunda avaliação, na alta, dos 64 doentes, registou-se um aumento de doentes com disfagia moderada (17,2%), comparativamente com a admissão. A disfagia grave manteve-se nos mesmos números (23,4%). De acordo com os autores referidos anteriormente, a prevalência da disfagia após um AVC é alta. No entanto, o estudo menciona que há uma modificação progressiva no perfil da deglutição durante o período de internamento e que, ao longo das avaliações, houve um aumento no score médio da GUSS, indicando uma melhoria na capacidade de deglutição. O que não se verifica neste estudo, uma vez que os graus de disfagia pouco variaram entre avaliações, e nas situações em que houve modificação, foi para um grau de disfagia superior. De salientar que em todos os estudos acima referidos houve reabilitação direcionada aos doentes, quer seja realizada por terapeuta da fala quer por enfermeiro EEER e na população do nosso estudo, não houve qualquer tipo de intervenção desse tipo. (Bennett, Howard, Barnes, & Jones, 2013) menciona que a intervenção do enfermeiro no cuidado de doentes pós AVC com disfagia é indispensável. Sabe-se que em pessoas com disfagia resultante de um AVC, podem ocorrer complicações graves, como aspiração e redução da ingestão oral. Essas complicações podem levar a problemas como pneumonia, desnutrição e desidratação. Além das complicações físicas, a alteração da deglutição também afeta a qualidade de vida, aumenta a mortalidade e aumenta os custos globais de saúde. Portanto, é cada vez mais evidente que a deteção precoce da disfagia contribui para a redução de complicações respiratórias, da duração do tempo de internamento hospitalar e dos custos globais de saúde (Mourão, Almeida, Lemos, Vicente, & Teixeira, 2015). Os enfermeiros EEER, devido ao seu perfil técnico e ao seu contato próximo com os doentes, podem intervir de maneira eficaz na redução do risco de complicações e, assim, aumentar a segurança na alimentação dos doentes.

5. IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA PROFISSIONAL

Refletindo sobre os resultados obtidos e realizando uma breve comparação com estudos existentes, podemos verificar que existem diferenças que nos saltam à vista. Uma delas é o facto de que a maioria dos autores no seus estudos implementam um programa de intervenções e exercícios direcionados para a disfagia e no nosso caso não foi possível.

Assim, surge a questão orientadora: se tivessem sido implementadas intervenções específicas na área da enfermagem de reabilitação, poderiam os resultados ser diferentes? Nesse sentido, propomos a implementação de intervenções específicas na área da enfermagem de reabilitação, que são:

- Avaliar a morfodinâmica e a estrutura dos órgãos da Deglutição;
- Executar teste de ingestão oral;
- Implementar medidas posturais (com *bundle* associada Postura da Cabeça em Flexão; Postura da Cabeça em Rotação para o lado afetado; Postura da Cabeça em Flexão lateral para o lado são);
- Implementar técnicas de deglutição compensatórias (com *bundle* associada Alteração da consistência; Alteração da viscosidade; Variação de volume e ritmo);
- Implementar manobras de input sensitivo;
- Executar exercícios de Reabilitação miofuncional (com *bundle* associada Exercícios dos Lábios; Exercícios da Língua; Exercícios da Laringe; Exercícios da Mandíbula)
- Executar manobras de deglutição (com *bundle* associada Deglutição Supraglótica; Deglutição Forçada; Manobra de Masako; Double swallow (dupla deglutição); Hard swallow (Deglutição de esforço)).

6. CONCLUSÃO

O presente trabalho permitiu responder à questão de investigação e alcançar os objetivos estabelecidos inicialmente.

Assim, numa amostra de 64 doentes com diagnóstico de AVC, maioritariamente mulheres, com uma idade média de 71,3 anos, prevalece o AVC isquémico com lesão predominante do hemisfério direito, na admissão há um maior número de doentes que revelaram deglutição comprometida (53,1%), sendo que destes 12,5% revelaram disfagia ligeira, 14,1% disfagia moderada e 23,4% disfagia grave. Na alta, não foram observadas mudanças significativas nos valores gerais do grau de disfagia. No entanto, dois doentes tiveram alterações no status de deglutição: um evoluiu de disfagia ligeira para ausência de disfagia, enquanto outro apresentou o oposto, evoluindo de ausência de disfagia para disfagia ligeira. A taxa de disfagia grave permaneceu inalterada (23,4%). No entanto, a disfagia moderada apresentou um aumento nos valores (17,2%), dado que dois doentes progrediram de disfagia ligeira para moderada durante o período de internamento.

Conseguiu-se apurar que a disfagia está mais presente nos doentes do género masculino, mas a disfagia grave é mais frequente no género feminino (26% vs. 20%). Os doentes cujo diagnóstico é de TACI, tem mais prevalência de disfagia (25%).

Com base nesses resultados, é importante realçar que, embora a avaliação da disfagia exija uma abordagem interdisciplinar, os enfermeiros desempenham um papel fundamental na monitorização e observação do doente. Estes necessitam de uma avaliação que traduza o grau e tipo de disfagia, como a Escala de GUSS, que pode reduzir o risco de aspiração, estratificar o risco de aspiração e recomendar uma dieta especial adequada.

É importante destacar que o EEER desempenha um papel crucial na identificação e intervenção da disfagia em pessoas pós-AVC, devido ao contato constante com os doentes. Desempenham um papel decisivo na equipa multidisciplinar ao detetar alterações no estado da pessoa. Além disso, têm um papel fundamental na gestão da pessoa e da família durante o processo de reabilitação, bem como na formação da equipa de enfermagem, garantindo a otimização da qualidade dos cuidados prestados.

A partir da revisão da literatura, do ensino clínico e da troca de experiências e conhecimentos com profissionais especializados na área, chegou-se à conclusão de que um programa ideal para a avaliação de pessoas com alterações de deglutição deve incluir duas fases: uma fase indireta e uma fase direta. Além disso, os objetivos da reabilitação

devem abranger a nutrição e hidratação eficazes, a prevenção de complicações relacionadas às alterações de deglutição e a reeducação da função de deglutição.

O EEER desempenha um papel fundamental na avaliação completa e na reeducação funcional da deglutição, uma vez que, possui o conhecimento necessário para avaliar a capacidade de deglutição do doente e tomar decisões adequadas para promover uma alimentação segura e eficaz. Posto isto, após colocação de uma SNG num doente, a responsabilidade de iniciar dieta via oral e remover a mesma é do EEER.

A reeducação funcional da deglutição é uma competência do EEER e deve ser adaptada às necessidades individuais de cada doente. Este processo de reabilitação inclui várias estratégias de reabilitação, como as mudanças posturais, a alteração da consistência dos alimentos e líquidos, a estimulação térmica e tátil, exercícios que promovam a motricidade facial, as manobras de deglutição, os exercícios respiratórios e os ensinamentos relativos a todo este processo.

Considera-se que este estudo tem implicações significativas para a prática profissional futura, uma vez que destaca a importância da avaliação da disfagia em doentes afetados por AVC. Isso ressalta a necessidade de implementação de um protocolo de avaliação da disfagia padronizado e adaptado nacionalmente. Essa implementação contribuiria para uma abordagem mais consistente e abrangente na avaliação e tratamento da disfagia pós-AVC, melhorando a qualidade dos cuidados prestados. Para além disso, realça também a necessidade da implementação de intervenções específicas no âmbito da reabilitação da deglutição, por profissionais capacitados e treinados, nomeadamente EEER. Deste modo, alterar o grau de disfagia do doente e também as complicações associadas à deglutição comprometida.

Após a conclusão deste trabalho e levando em conta os resultados, propomo-nos sugerir a implementação de intervenções específicas de enfermagem de reabilitação a todos os doentes com deglutição comprometida, contribuindo deste modo para o diagnóstico precoce e um tratamento eficaz, através do planeamento e implementação dessas mesmas intervenções e da monitorização dos resultados obtidos. A par destas intervenções junto do doente, deverão ser também implementadas intervenções relacionadas com o conhecimento acerca desta problemática aumentando a literacia em saúde. As intervenções que foram referidas anteriormente seriam parametrizadas no Programa informático *Sclinico*, estando disponíveis para utilizar pelos EEER, associadas ao Foco Deglutição e diagnóstico de Deglutição comprometida.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (APER), A. P. (2010). *CONTRIBUTOS PARA O PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2011-2016*. Obtido de Maximizar os ganhos em saúde da população: os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação como agentes na obtenção de ganhos em saúde. : <http://aper.pt/ficheiros/documentos/aper2.pdf>
- Alves, S. (2015). *AVALIAÇÃO E REABILITAÇÃO DA PESSOA COM ALTERAÇÕES DE DEGLUTIÇÃO PÓS-AVC*. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa .
- American Stroke Association. (23 de Abril de 2023). *American Stroke Association TIA (Transient Ischemic Attack)*. Obtido de American Stroke Association: <https://www.stroke.org/en/>
- Bamford, J., Sandercock, P., Dennis, M., Burn, J., & Warlow, C. (1991). Classification and natural history of clinically identifiable subtypes of cerebral infarction. *Lancet*, 1521-1526.
- Barata, L. (2016). Aquisição e Desenvolviemnto de Competências ao Longo da Vida Profissional - A importância da Formação contínua. Em C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 123-135). Loures: Lusodidacta .
- Benner, P. (2001). *De iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Coimbra : Quarteto Editora .
- Bennett, B., Howard, C., Barnes, H., & Jones, A. (2013). Medication management in patients with dysphagia: a service evaluation. *Nurs Stand*, 41-48.
- Braga, R. (2016). Avaliação da Função Deglutição. Em C. MARQUES-VIEIRA, & L. SOUSA, *Cuidados de enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 181–188). Loures: Lusodidacta.
- Branco, T., & Santos, R. (2010). *Reabilitação da pessoa com AVC*. Coimbra : Formasau.
- Canteiro, M. (2003). Educação Terapêutica . Em M. Gomes, & R. Sotto-Mayor, *Tratado de Pneumologia - Volume II* (pp. 1797-1798). Lisboa : Permanyer, Sociedade Portuguesa de Pneumologia .
- Cardoso, A. T., Manuel, A., Magano, O., & Castro, M. (2011). Avaliação clínica não-invasiva de disfagia no AVC – Revisão sistemática. *Revista de Enfermagem Referência* , 135-143.
- Cardoso, A., Felizardo, H., & Januário, J. (2012). O Enfermeiro como Gestor do Processo de Preparação do Regresso a Casa . Em P. Queirós, *Enfermagem: De Nightingale aos Dias de Hoje 100 anos* (pp. 75-88). Coimbra : Unidade de Investigação da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra .

- Clara, M. C. (2009). *Evolução do estado Nutricional num doente com disfagia pós-AVC. Estudo de caso*. Porto: Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação.
- Deodato, S. (2016). Ética nos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação . Em C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 35-39). Loures: Lusodidacta .
- Direção-Geral da Saúde. (2017). *Programas de Saúde Prioritários* . Obtido de Metas de Saúde de 2020 : https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/DGS_PP_MetasSaude2020.pdf
- Etges, C. L., Scheeren, B., Gomes, E., & Barbosa, L. D. (2014). Screening tools for dysphagia: a systematic review. *codas.org*, 343-349.
- FERREIRA, A. (2018). *Avaliação da deglutição com a aplicação da Escala de Guss: Contribuição da Enfermagem de Reabilitação*. Évora: Universidade de Évora.
- Ferro, J., & Pimentel, J. (2006). *Neurologia. Princípios, diagnóstico e tratamento*. Lisboa : Lidel .
- Foeller, C. (2006). Abordando as Limitações Funcionais e a Incapacidade com Exercício Terapêutico. Em F. Huber, & C. Wells, *Exercícios Terapêuticos: Planeamento do Tratamento para Progressão* (pp. 30-71). Loures: Lusodidacta .
- Gomes, B., & Ferreira, D. (2016). Reeducação da Função Respiratória . Em C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 253-262). Loures : Lusodidacta .
- Guimarães, M. S., & Silva, L. R. (17 de janeiro de 2023). *DocSity*. Obtido de Conhecendo a teoria das transições e sua aplicabilidade, Notas de estudo de Enfermagem: <https://journaldedados.files.wordpress.com/2016/10/conhecendo-a-teoria-das-transic3a7c3b5es-e-sua-aplicabilidade.pdf>
- Hoeman, S. (2011). *Enfermagem de Reabilitação - Prevenção, Intervenção e Resultados esperados* . Loures : Lusodidacta .
- KHAN, A., CARMONA, R., & TRAUBE, M. (2014). Dysphagia in the Elderly. *Clinics in Geriatric Medicine*, 43-52.
- Logemann, P., & Jeri, A. (2006). Medical and rehabilitative therapy of oral, pharyngeal motor disorders. *GI Motility Online* .
- Loureiro, S. A. (2018). *Intervenção do Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação na reeducação do cliente com alteração da deglutição*. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem Lisboa.
- Macarini, A., Filippini, A., Padovani, D., Limarzi, M., Loffredo, M., & Casolino, D. (2007). Clinical non-instrumental evaluation of dysphagia. *Acta Otorhinolaryngologia Italiana*, 299-305.
- Mahan, K. E.-S., & Raymond, J. (2013). *Krause: Alimentos, Nutrição e Dietoterapia. Terapia Clínica Nutricional nos Distúrbios Neurológicos*. São Paulo: Elsevier.

- Marques-Vieira, C., & Caldas, A. (2016). A relevância do Andar: Reabilitar a Pessoa com Andar Comprometido. Em C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 547-557). Loures: Lusodidacta .
- Martino, R., Foley, N., Bhogal, S., Diamant, N., Speechley, M., & Teasell, R. (2005). Dysphagia after stroke – incidence, diagnosis, and pulmonary complications. *Stroke*, 2756–2763.
- Mendes, T. (2009). *A reabilitação em utentes com disfagia após AVC*. Barcarena: Universidade Atlântica.
- Menoita, E. C., & Cordeiro, M. d. (2012). *Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória* . Loures: Lusociência .
- MILLER, A. (2018). The neurobiology of swallowing and dysphagia. *Developmental Disabilities Research Reviews*, p.77-86.
- Mourão, L. M., Almeida, S. M., Lemos, E. O., Vicente, L. C., & Teixeira, A. L. (2015). Frequência e fatores associado à disfagia após acidente vascular cerebral . *CoDAS*, 66-70.
- Olazabal, M. (2003). Métodos de Limpeza das Vias Aéreas. Em M. Gomes, & R. Sotomayor, *Tratado de Pneumologia- Volume II* (pp. 1807-1810). Lisboa : Permanyer, Sociedade Portuguesa de Pneumologia .
- Ordem dos Enfermeiros . (2006). *Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros . (2015a). *Deontologia Profissional de Enfermagem* . Lisboa : Ordem dos Enfermeiros .
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Divulgar: Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual. Enunciados Descritivos*. Obtido de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2006). *Tomada de Posição sobre Segurança do Cliente*. Lisboa : Ordem dos Enfermeiros . Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_2Maio2006.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2009). *Rede Nacional de Cuidados Integrados- Referencial do Enfermeiro*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Obtido de <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/RNC%20-%20v.FINAL%20Referencial%20do%20Enfermeiro%20-%20Abril%202009.pdf>
- OE . (6 de Fevereiro de 2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Obtido de Diário da República, 2.ª série — N.º 26 : <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

- OE . (3 de maio de 2019). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. Obtido de Diário da República, 2.ª série — N.º 85 :
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/11871/1356513568.pdf>
- Organização Mundial de Saúde . (2003). *Promovendo a Qualidade de Vida após Acidente Vascular Cerebral- Um guia para fisioterapeutas e profissionais de atenção primária à Saúde* . Porto alegre : Artemed .
- Paci, M., Nannetti, L., D'Ippolito, P., & Lombardi, B. (2011). Outcomes from ischemic stroke subtypes classified by the Oxfordshire Community Stroke Project: a systematic review. *Eur J Phys Rehabil Med*, 19-23.
- Padovani, A. R., Moraes, D. P., Mangili, L. D., & Andrade, C. R. (2007). Protocolo Fonoaudiológico de Avaliação do Risco para Disfagia (PARD). *Revista Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia* , 199-205.
- Peixoto, V. J. (2009). *Metodologias de intervenção em Terapia da Fala*. Porto: Pessoas, Ed.
- Pereira, S., Coelho, F., & Barros, H. (2004). Acidente vascular cerebral. Hospitalização, mortalidade e prognóstico. *Revista Portuguesa de Educação*. .
- Pierpoint, M., & Pillay, M. (2020). Post-stroke dysphagia: An exploration of initial identification and management performed by nurses and doctors. *The South African Journal of Communication Disorders* , 1-13.
- Pires, C. (2012). *Avaliação Nutricional na admissão do doente com AVC. Trabalho de projeto*. Bragança : Escola Superior de Saúde de Bragança.
- Pontes, M., & Santos, A. (2016). A Gestão de serviços de Enfermagem de Reabilitação. Em C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 89-100). Loures: Lusodidacta .
- Rocha, C., & Redol, F. (2016). Avaliação da Função Eliminação . Em C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 189-202). Loures: Lusodidacta .
- Salgueiro, H. D. (2011). Factores de Risco Vascular e AVC nos Idosos. *Revista Sinais* , 32-36 .
- Santoro, P. (2008). Disfagia Orofaringea: Panorama atual, epidemiologia, opções terapêuticas e perspectivas futuras. *Revista CEFAC*.
- Saúde, D. G. (27 de Dezembro de 2011). *Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e de Reabilitação* . Obtido de Norma 054/2011:
https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/acidente-vascular-cerebral_prescricao-de-medicina-fisica-e-de-reabilitacao.pdf
- Saúde, D. G. (10 de Fevereiro de 2015). *Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020*. Obtido de Despacho nº1400-A/2015:
<https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/1400-a-2015-66463212>

- Saúde, D. G. (24 de Setembro de 2021). *Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021 -2026*. Obtido de Diário da República: <https://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2021/09/Plano-Nacional-para-a-Seguranca-dos-Doentes-2021-2026.pdf>
- Seeley, R., Stephens, T., & Tate, P. (2012). *Anatimia & Fisiologia*. Loures: Lusodidacta.
- Silva, T. (2015). *Disfagia no doente com AVC: Prevalência e Determinantes*. Escola Superior de Saúde de Viseu. Viseu : INstituto Politécnico de Viseu .
- Silva, T. (2015). *Disfagia no doente com AVC: Prevalência e Determinantes*. Viseu: Escola Superior de Saude de Viseu .
- Sousa-Uva, M., & Dias, C. (2016). *Prevalência de Acidente Vascular Cerebral na população portuguesa: dados da amostra ECOS 2013*. Obtido de Instituto Nacional Ricardo Jorge, Boletim Epidemiológico.: https://www.mgfamiliar.net/wp-content/uploads/Boletim_Epidemiologico_Observacoes_9_2014_artigo4.pdf
- Trapl, M., Enderle, P., Nowotny, M., Teuschi, Y., Matz, K., Dachenhausen, A., & Brainin, M. (2007). Dysphagia bedside screening for acute-stroke patients: the Gugging Swallowing Screen. *Stroke*, 2948-52.
- Trapl, M., Enderle, P., Nowotny, M., Teuschi, Y., Matz, K., Dachenhausen, A., & Brainin, M. (2007). Dysphagia bedside screening for acute-stroke patients: the Gugging Swallowing Screen . *Stroke* , 2948-52.
- Umphred, D. (2010). *Reabilitação Neurológica*. ELSEVIER, Ed.
- White, G., O'Rourke, F., S Ong, B., Cordato, D. J., & Chan, D. K. (2008). Dysphagia causes, assessment, treatment, and management - Geriatrics. *ISSN 2308-3417*, 15-10.
- World Gastroenterology Organisation . (setembro de 2014). *Dysphagia Global Guidelines & Cascades*. Obtido de World Gastroenterology Organisation Global Guidelines: <https://www.worldgastroenterology.org/UserFiles/file/guidelines/dysphagia-english-2014.pdf>
- World Health Organization. (2011). *World Health Organization*. Obtido de The World Bank.

ANEXOS

ANEXO A- Folheto “Viver com Insuficiência Cardíaca”

Se sentir falta de ar:

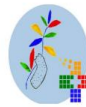
Procure uma posição confortável e segura, de preferência sentado.

- Pés apoiados no chão;
- Inclinando o peito ligeiramente para a frente;
- Apoiar os antebraços sobre uma superfície conforme a imagem.



Exercícios respiratórios para controlar a respiração e a falta de ar.

- Inspire pelo nariz como se cheirasse uma flor;
- Expire pela boca, com os lábios semi-cerrados, como se fosse apagar uma vela;
- Realize o exercício 10 vezes;
- Se a falta de ar se mantiver repita os passos anteriores mais 2 vezes.



Hospital da
Senhora da Oliveira
GUIMARÃES EPE



Morada: Rua dos Cutileiros, Creixomil

4835-044 Guimarães

Telefone: 910380985 / 910349373

E-mail: hospitalizacao@hospitaldeguimaraes.min-saude.pt

Enfermeira Mónica Ferreira

Referências Bibliográficas:

Delgado, B. (2014). *Reabilitação funcional no doente com Insuficiência cardíaca descompensada*. Bragança: Instituto Politécnico de Bragança.

Enfermeiros, O. d. (2020). *Óbido de Guia Orientador de Boa Prática em Enfermagem de Reabilitação Cardíaca*: <https://www.fiponack.com/ordem/enfermeiros/gobper/full-view.html>



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA
Escola Superior de Saúde

Unidade Hospitalização
Domiciliária

Viver com Insuficiência Cardíaca



A realização de exercício na insuficiência cardíaca é importante.

É sabido que o Exercício Físico:

- Diminui o risco de morte;
- Melhora a saúde;
- Aumenta a autoestima;
- Tem efeitos na recuperação/manutenção da mobilidade/ autonomia.

▶ Quando parar o exercício físico ?

- Sintomas de falta de ar e/ou cansaço excessivos;
- Dor no peito;
- Dor no estômago , náuseas ou vômitos;
- Indicação médica.



Alerta Importante!

Técnicas de conservação de energia

Ser capaz de executar as tarefas do dia-a-dia é essencial para a qualidade de vida.

Para as conseguir realizar sem cansaço use as seguintes estratégias:

- Períodos de repouso durante as atividades, em intervalos durante o dia e por uma hora após a refeição, conforme necessidade;
- Fracionar as refeições (3/3h);
- Usar roupa prática (como é o caso do fato de treino);
- Escolher calçado adequado e ajustado ao pé. Utilize uma calçadeira de cabo comprido para o ajudar a calçar;



- Sentar-se, ao invés de ficar de pé na realização de atividades, por exemplo: ao tomar banho, ao lavar os dentes, ao pentear-se, ao barbear-se, ao vestir-se e despir-se;
- Arrumar os objetos mais utilizados nas prateleiras à altura do tronco;
- Para realizar uma tarefa reunir todos os produtos perto de si;
- Transportar todos os objetos pesados num carrinho;
- Controlar a respiração antes e durante a realização da tarefa (subir e descer escadas);
- Manter uma atitude realista e positiva.



ANEXO B – “Cuidados no Uso do Colete de Jewwtt”

Perguntas Frequentes

Porque é que o colete tem que estar tão apertado?

Um colete perfeitamente ajustado permite que não haja nenhum movimento involuntário que possa lesar a coluna e mantê-lo corretamente posicionado.

Como posso fazer para tratar da minha higiene?

Os cuidados de higiene do tronco devem ser realizados de forma parcial no leito ou no wc, sem retirar o colete. Depois poderá usar o chuveiro para fazer a restante higiene.

Que atividades poderei fazer em casa?

As suas atividades terão que ser necessariamente limitadas. Deverá andar pausadamente e com uma postura adequada. Não salte nem corra. Não deve pegar em pesos.



Não se esqueça!

O colete é essencial no tratamento da sua lesão.

Não interrompa o tratamento sem indicação do seu médico.

Esclareça as suas dúvidas com os profissionais de saúde.

Serviço de Ortopedia
Ortopedia I—914199443
Sec. Médico—255147568



Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa

Serviço Ortopedia I

CUIDADOS NO USO DO COLETE DE JEWETT

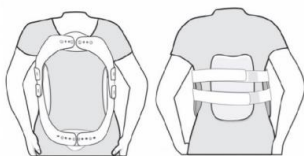


O que é e quando é usado?

Os coletes de Jewett são dispositivos ortopédicos usados para suportar, alinhar, prevenir ou corrigir deformidades da coluna ou para diminuir a dor.

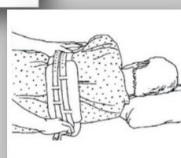
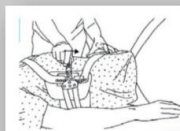
São utilizados no tratamento de fraturas da coluna, aquando do levantar.

Antes de utilizar o seu colete, este deve ser avaliado por um profissional de saúde, de forma a garantir que o colete está ajustado às dimensões do seu corpo.



Como colocar o colete?

- ⇒ Lateralizar a pessoa, mobilizando-a em bloco (tronco, anca e pernas ao mesmo tempo), e colocar sobre ela a componente posterior do colete.
- ⇒ Colocar a pessoa em decúbito dorsal (de barriga para cima) e ajustar os fechos do colete.
- ⇒ O colete deve estar estável e bem ajustado ao tronco.



Cuidados a ter

- ⇒ Usar uma t-shirt de algodão por baixo do colete para proteger a pele e ajudar a absorver a transpiração.
- ⇒ Colocar sempre o colete antes de sair da cama.
- ⇒ Ao se levantar, lateralizar-se primeiro na cama e só depois colocar-se na posição vertical.
- ⇒ Só retirar o colete quando estiver deitado na cama, permanecendo na posição de decúbito dorsal (de barriga para cima).

ANEXO D - Plano de cuidados de enfermagem de Reabilitação – Estudo de caso



Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

1º Ano /2º Semestre

Plano de cuidados de enfermagem de Reabilitação – Estudo de caso

Serviço de Hospitalização Domiciliária e Unidade Móvel de Apoio Domiciliário – Hospital Senhora da Oliveira Guimarães

Orientador: Pedro Gomes

Discente: Mónica Ferreira a34178

Guimarães, Maio de 2022

1. Avaliação Inicial

1.1. Informação geral do doente

Nome: N.M.F

Idade: 69 anos

Profissão: Reformado

Antecedentes pessoais: diverticulose; gastrite crónica antral; hiperplasia benigna da próstata; hérnia inguinal; bronquite.

Antecedentes Familiares: mãe faleceu com neoplasia gástrica e filha foi submetida a cirurgia em 2021 por neoplasia gástrica.

Diagnóstico: Diarreia + quadro constitucional com Perda ponderal de 10 kg no total.

Medicação habitual: Esomeprazol 20mg; Tansulosina 0,4mg; ácido fólico 5 mg; Complexo hidróxido de férrico-polimaltose 357 mg; Colecalciferol 5 gotas.

Sem alergias conhecidas. Sem hábitos etílicos ou tabágicos.

Reside com o filho, em Donim, numa casa com algumas barreiras arquitetónicas, e com condições de higiene.

História da doença atual: Doente de 69 anos recorreu ao Serviço de urgência no dia 07/05/22 por recidiva do quadro constitucional com astenia marcada, com 7 meses de evolução, associado a quadro de diarreia com dejeções líquidas de 2/2h, sem sangue ou muco. Foi internado no serviço de Medicina interna até dia 16/05. Nesse dia é proposto para a Unidade de Hospitalização Domiciliária para continuação de cuidados.

Consciente, orientado nas 3 vertentes, apresentando um Score 15 da Escala de Coma de Glasgow (O6; V5; M4), colaborante dentro das suas possibilidades. Discurso claro e coerente. Sem úlceras de pressão ou feridas. Aspeto emagrecido e asténico. Perda significativa de massa isenta de gordura e diminuição generalizada da força muscular, apresentando de acordo com a escala de força muscular medical Research of Council força muscular grau 4 nos 4 membros. Pele e mucosas coradas e desidratadas. Alimenta-se por via oral sem alterações da deglutição. A nível da eliminação vesical apresenta queixas de poliúria, relacionada com a toma da tansulosina. Mantém algumas dejeções semilíquidas.

1.2.Exame físico

Realizado no dia 19/05, aquando a minha primeira visita.

Sinais vitais: Tensão arterial: 91/59 mmhg; Frequência cardíaca: 78 bpm; Frequência respiratória: 16 cpm; SPO2 100%; Temperatura corporal: 36,2°C; Dor: 0 segundo a escala visual analógica.

Dados antropométricos: Peso: 60Kg; Altura: 1,75 m; IMC: 19,6

Ingestão nutricional: O doente realiza 5 refeições por dia (pequeno almoço, lanche da manhã, almoço, lanche da tarde e jantar). Foram implementados suplementos nutricionais (isocalóricos) pela equipa de nutrição. O doente refere beber um litro de água por dia, reforçada a hidratação oral, explicado que existe o risco de desidratação pela frequência das dejeções semilíquidas. Foi instituída uma dieta mole a progredir conforme tolerância e as dejeções apresentadas. Explicado plano pela nutricionista ao doente.

Consciência: Doente consciente, orientado no tempo, espaço e pessoa (Escala de Coma de Glasgow de 15). Colaborante.

Sistema Tegumentar: Não apresenta feridas ou úlceras de pressão. Score de 19 na escala de Braden, (baixo risco de desenvolvimento de úlceras de pressão).

Eliminação: urinária sem alterações. Intestinal com 2 dejeções por dia semilíquidas, de cor acastanhada em quantidade moderada.

Queda: score de 20 na escala de morse, sem risco de queda.

Autocuidado: Independente em todos os autocuidados segundo o índice de Barthel (Score 20), mas debilitado na realização das tarefas.

Padrão Respiratório: Respiração com expansão pulmonar simétrica, predominantemente torácica. Sem alterações anatómicas visíveis. Apresenta pontuais acessos de tosse produtiva, mobiliza e expele secreções em quantidade reduzida esbranquiçadas fluídas. Sem ruídos adventícios.

Força muscular: Segundo a escala de Council o doente apresenta força muscular grau 4 generalizada, pois tem força menor que o esperado. Apresenta ainda perda bastante acentuada de massa muscular em todos os grupos musculares.

Amplitude articular: aparentemente com amplitude articular conservada, consegue realizar todos movimentos na amplitude recomendada sem referência ao aparecimento de dor (sem presença de goniómetro).

Equilíbrio Corporal: avaliado através da escala de Tinetti, equilíbrio estático e dinâmico mantido sentado, ortostático dinâmico com algumas alterações, obtendo um score de 22 na escala de Tinetti.

Avaliação do ambiente: Ambiente bem distribuído, com tudo ao seu alcance. Em relação aos acessos, existe um degrau dificultador no acesso à casa de banho. Existe também um sofá que dificulta a correta postura corporal.

Avaliação do Cuidador: filho, aparentemente, pouco envolvido nos cuidados ao doente, durante as visitas realizadas nunca esteve presente. Segundo o doente com bastante disponibilidade para o ajudar.

2. Plano de Cuidados de enfermagem de Reabilitação

2.1. Foco Movimento Muscular

Data de início	Atividades diagnósticas	Diagnósticos de Enfermagem de Reabilitação	Intervenções de Enfermagem de Reabilitação	Objetivos
19/05	Avaliar Movimento Muscular	Movimento Muscular comprometido, em grau reduzido	Avaliar movimento muscular Executar exercícios musculo articulares ativos-resistidos, dos membros superiores e inferiores Executar exercícios musculo articulares com alongamentos, dos membros superiores e inferiores	Potenciar o aumento da força muscular e resistência muscular. Melhorar o movimento muscular dos membros superiores e inferiores.
19/05 19/05	Avaliar potencial para melhorar o conhecimento sobre exercícios musculo articulares	Potencial para melhorar o conhecimento sobre exercícios musculo articulares Conhecimento sobre exercícios musculo articulares	Avaliar conhecimento sobre exercícios musculo articulares	Informar o doente sobre os exercícios musculo articulares dos membros superiores e inferiores Dotar o doente com conhecimento para a realização de exercícios

			<ul style="list-style-type: none"> • Adução e abdução da anca, em pé, com pesos (8 repetições, 3 series); <p>Instruir sobre técnicas de alongamentos antes e após da realização dos exercícios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mobilização articular da cabeça; • Abduzir e aduzir horizontalmente os membros superiores; • Elevar e baixar os ombros; 	
19/05	<p>Avaliar capacidade para executar os exercícios musculo articulares</p> <p>Avaliar potencial para melhorar a capacidade para executar exercícios musculo articulares</p>	<p>Capacidade para realizar exercícios musculo articulares</p> <p>Potencial para melhorar a capacidade para executar exercícios musculo articulares</p>	<p>Avaliar a capacidade para executar exercícios musculo articulares</p> <p>Treinar exercícios musculo articulares (os exercícios supracitados)</p>	<p>Favorecer fortalecimento muscular</p> <p>Beneficiar o ganho de massa muscular</p> <p>Potenciar a funcionalidade</p>

2.2. Foco Equilíbrio Corporal

Data de inicio	Atividades diagnósticas	Diagnósticos de Enfermagem de Reabilitação	Intervenções de Enfermagem de Reabilitação
19/05	Avaliar Equilíbrio Corporal	Equilíbrio Corporal comprometido em grau reduzido	Avaliar equilíbrio corporal (estático sentado; dinâmico sentado, ortostático estático e ortostático dinâmico) Estimular o equilíbrio corporal
19/05	Avaliar potencial para melhorar o conhecimento sobre equilíbrio corporal Avaliar conhecimento sobre equilíbrio corporal	Potencial para melhorar o conhecimento sobre equilíbrio corporal Conhecimento sobre equilíbrio corporal	Avaliar conhecimento sobre equilíbrio corporal Monitorizar equilíbrio segundo a escala de equilíbrio de Tinetti Estimular o equilíbrio corporal e correção postural Executar técnica de treino de equilíbrio corporal Ensinar acerca da técnica de equilíbrio corporal Instruir sobre exercícios para treino de equilíbrio corporal: <ul style="list-style-type: none"> • Exercício da ponte no leito (10 a 12 repetições, 3 séries)

<p>19/05</p>	<p>Avaliar capacidade para o equilíbrio corporal</p> <p>Avaliar potencial para melhorar a capacidade para executar técnica de equilíbrio corporal</p>	<p>Capacidade para executar técnica de equilíbrio corporal</p> <p>Potencial para melhora a capacidade para executar técnica de equilíbrio corporal</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Flexão do joelho e anca de um membro e alternar com o outro membro, em frente ao espelho (10 a 12 repetições, 3 séries) • Transposição de obstáculos (com presença de EEER) • Contorno de obstáculos (com presença de EEER) <p>Avaliar capacidade para o equilíbrio corporal</p> <p>Treinar o equilíbrio corporal</p> <p>Executar os exercícios acima citados</p> <p>Incentivar a treinar o equilíbrio corporal</p>
--------------	---	--	---

2.3.Foco Intolerância à atividade

Data de início	Atividades diagnósticas	Diagnósticos de Enfermagem de Reabilitação	Intervenções de Enfermagem de Reabilitação	Objetivos
19/05	<p>Avaliar Intolerância à Atividade</p> <p>Avaliar conhecimento sobre intolerância à atividade</p>	<p>Intolerância à atividade</p> <p>Conhecimento sobre intolerância à atividade</p>	<p>Avaliar intolerância à atividade</p> <p>Avaliar a capacidade física/funcional</p> <p>Gerir atividade física</p> <p>Supervisionar resposta ao exercício</p> <p>Planear Repouso</p> <p>Explicar Escala de Borg e quais os valores adequados ao doente</p> <p>Ensinar sobre gestão dos períodos de atividade e repouso</p> <p>Ensinar sobre vigilância da resposta física à atividade física</p> <p>Instruir sobre exercícios de treino de resistência/aeróbico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Marcha em superfícies planas e declives (inicia 15 minutos, diariamente, com progressão de 5 min/dia, até um total de 	<p>Melhorar intolerância à atividade</p> <p>Capacitar o doente para a autonomia</p> <p>Prevenir o cansaço</p> <p>Melhorar a capacidade funcional para a realização de exercícios ativos-resistidos</p>

			<p>30 minutos, para um Borg inferior a 4)</p> <ul style="list-style-type: none">• Transposição de obstáculos (subir e descer escadas com presença de EEER)	
--	--	--	--	--

Plano de Reabilitação Esquemático para Continuidade de cuidados

Nota: Durante as sessões o doente deve ser advertido para o uso de calçado apropriado quer para a realização de exercício quer para a realização das tarefas diárias devem, ainda, ser reforçados todos os ensinamentos, incentivar a realização dos exercícios.

Foco	Exercícios	Plano Implementado	Repetições/Séries
MOVIMENTO MUSCULAR	Alongamentos antes e após a realização dos exercícios	<p>Exercícios de mobilização articular da cabeça</p> <ul style="list-style-type: none">➤ sentado na cadeira treinar flexão, extensão, rotação interna e externa da cabeça; <p>Exercícios ativos de abdução e adução dos membros superior</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Sentado na cadeira abduzir e aduzir horizontalmente os membros superiores; <p>Exercícios ativos de rotação dos ombros</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Elevar e baixar os ombros;	10 repetições 2 séries 2 vezes por dia

<p>Exercícios musculares articulares de fortalecimento muscular</p>	<p>Exercícios de flexão e extensão da anca e joelho</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Levantar e sentar da cadeira com apoio ➤ Flexão e extensão da anca na posição de pé com apoio de braços (marcha estática) <p>Exercícios de Flexão plantar e dorsiflexão da tibiotársica</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Na posição de pé com apoio de braços realizar a Flexão plantar e dorsiflexão da tibiotársica <p>Exercícios de extensão dos antebraços</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Na posição de pé, colocar as mãos na parede ao nível dos ombros e realizar extensão e flexão do cotovelo <p>Exercícios de adução e abdução da anca</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Na posição em pé, com os braços apoiados, realizar a adução e abdução da anca com caneleiras de 0,5kg 	<p>10 a 12 repetições</p> <p>3 séries</p> <p>2 vezes por dia</p> <p>10 a 12 repetições</p> <p>3 séries</p> <p>2 vezes por dia</p> <p>8 repetições</p> <p>2 séries</p> <p>2 vezes por dia</p> <p>(Ir aumentando gradualmente o número de repetições e a carga adicionada)</p>
---	---	--

Foco	Exercícios	Plano Implementado	Repetições/Séries
EQUILÍBRIO CORPORAL	Exercícios para treino de equilíbrio corporal	<p>Exercício ativos de extensão da anca e coluna dorsal</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Com os joelhos fletidos, à largura dos ombros, elevar a bacia e regressar à posição inicial <p>Exercícios de ativos de flexão do joelho e anca</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Em posição de pé, em frente ao espelho, realizar flexão de um membro inferior e alternar com o outro membro, sem apoio de braços (presença de EEER) <p>Exercícios de transposição de obstáculos (com presença de EEER)</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Colocar um setp (ou outro objeto que permita a sua subida e descida com segurança) e pedir ao doente para subir e transpor o objeto para o lado aposto <p>Exercícios de contorno de obstáculos (com presença de EEER)</p>	<p>10 a 12 repetições</p> <p>3 séries</p> <p>2 vezes por dia</p>

		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Colocar um circuito com 3 cones (ou outro objeto que permita o seu contorno) e pedir ao doente para contornar os mesmos 	<p>10 a 12 repetições</p> <p>3 séries</p> <p>2 vezes por dia</p>
INTOLERÂNCIA À ATIVIDADE	Exercícios de treino de resistência/aeróbio	<p>Exercícios de transposição de obstáculos</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Subir e descer escadas com presença de EEER <p>Exercícios de resistência/aeróbios</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Marcha em superfícies planas e declives 	<p>Iniciar com 8 degraus e ir progredindo conforme tolerância do doente (Escala de Borg)</p> <p>Iniciar com 15 minutos, diariamente, com progressão de 5 min/dia, até um total de 30 minutos, para um Borg inferior a 4</p>

ANEXO C- Plano de cuidados de enfermagem de Reabilitação – Estudo de caso



Mestrado em Enfermagem de Reabilitação 2º Ano /1º Semestre

Plano de cuidados de enfermagem de Reabilitação – Estudo de caso

Equipa Cuidados Continuados Integrados – Cabeceiras de Basto

Orientadora: Enf^a Graça Sousa / Enf^a Ana Maçaira
Discente: Mónica Ferreira a34178

Guimarães, dezembro 2022

1. Avaliação Inicial

1.1. Informação geral do doente

Nome: M.I.C.F.G

Idade: 84 anos

Profissão: Reformada

Antecedentes pessoais: Hipertensão arterial, dislipidemia, síndrome demencial e obesidade. Em 2020 quadro de confusão mental, trémulos e maior dependência observada pela Neurologia a título privado. História de infeções urinárias de repetição, última 06/2021. História de úlcera de pressão na crista ilíaca esquerda e no trocânter direito, no final do ano anterior.

Diagnóstico: AVC sem tradução imagiológica

Medicação habitual: Àcido acetilsalisílico 150 mg; Atrovastatina 40 mg; Donepezilo 5 mg; Levodopa Carbidopa 100/25 mg (3 vezes por dia); Pantoprazol 40 mg; Quetiapina 50 mg.

História da doença atual: Recorreu ao SU a 24/07 por disartria desde o dia 22/04 e hemiparesia na noite anterior, ficou internada ao cuidado da Medicina Interna com o diagnóstico de AVC isquémico sem tradução imagiológica, teve alta a 27/07.

Utente recusou referência para UMDR.

Durante o internamento foram identificados e orientados os seguintes problemas: AVC sem tradução imagiológica com os seguintes défices, disartria, desvio sulco nasogeniano direito, hemiparesia direita com mais de 36 h de evolução à apresentação em SU. Com score de 10 na escala NIHSS. A nível imagiológico na TC CE "Não se observam lesões hemorrágicas nem sinais seguros de isquemia aguda. Hipodensidade difusa da substância branca cerebral, traduzindo leucoencefalopatia isquémica. Múltiplos pequenos focos hipodensos nas coroas radiadas, gânglios da base e protuberância, de natureza isquémica provavelmente em fase crónica. As vias de circulação de líquido encontram-se permeáveis, difusamente alargadas por redução do volume encefálico. Na Angio-TC- CE: "Placas calcificadas nas bifurcações carótídeas, sem reduzirem de forma significativa o calibre arterial".

Iniciou Fisioterapia diária de 2ª a 6ª a título particular no domicílio a 22/08.

Referenciada pela ER da USF O Basto para "Reforço muscular, Treino de marcha, Ensinos ao cuidador, Recuperação da autonomia possível."

1.2. Exame físico

Realizado no dia 19/12, aquando da minha primeira visita domiciliar.

Sinais vitais: Tensão arterial: 134/71 mmhg; Frequência cardíaca: 78 bpm; Frequência respiratória: 16 cpm; SPO2: 100%; Temperatura corporal: 36,2°C; Dor: 0 segundo a escala visual analógica.

Ingestão nutricional: Alimenta-se de dieta normal bem cozida polifraccionada, come algumas colheres com a mão esquerda (inicialmente com recomendação do serviço de medicina do HSOG para cumprir dieta em consistência mel, sem acréscimo de sal), a utente recusava o uso do espessante que é do conhecimento da médica de família. Realizado Teste de Guss pela equipa de ECCI e não apresentou disfagia. Ingestão hídrica diária inferior a 2 copos. Segundo a filha sem alterações do apetite, mas recusa a sopa.

Consciência: Doente consciente, orientada no tempo, espaço e pessoa (Escala de Coma de Glasgow de 15). Colaborante dentro das suas possibilidades.

Sistema Tegumentar: Não apresenta feridas ou úlceras de pressão. Score de 11 na escala de Braden, (alto risco de desenvolvimento de úlceras de pressão)

Eliminação: Refere Incontinência intestinal (tendência para obstipação, última a 3 dias, sem recurso a laxante) e vesical, usa fralda permanentemente.

Queda: score de 52 na escala de morse, alto risco de queda.

Autocuidado: Dependência grave para os autocuidados (score 25 na Escala de Barthel), sendo dependente em grau elevado para todos os autocuidados exceto para o posicionar-se e alimentar-se que é dependente em grau moderado. Realiza cuidados de higiene no leito.

Padrão Respiratório: Respiração com expansão pulmonar simétrica, predominantemente torácica. Sem alterações anatómicas visíveis. Sem ruídos adventícios.

Força muscular: Segundo a escala de Council a doente apresenta força muscular grau 4 no MSE e MIE, e hemiparésia direita com força muscular grau 3 no MSD (sendo que no ombro apresenta um grau 2) e MID grau 3.

Amplitude articular: amplitudes articulares globalmente preservadas, MID em rotação externa.

Equilíbrio Corporal: Equilíbrio sentada diminuído bem como o equilíbrio ortostático estático e dinâmico. Verticaliza com apoio bilateral de 3ª pessoa com alguma dificuldade e com pouca carga no MID. Realiza Treino de marcha com equipa de EECI com recurso a andarilho.

Avaliação do ambiente: reside em casa própria constituída por dois andares, reside no rés do chão que foi adaptado pra receber a utente. A filha reside no piso superior. A habitação apenas apresenta como barreiras arquitetónicas o acesso ao Wc que possui um degrau, porta estreita e pouco espaço de circulação, possui poliban com degrau, atualmente não consegue utilizar o wc.

Avaliação do Cuidador: desempenhado pela filha Luísa. Este papel apresenta-se comprometido com necessidade de ensinios sobre estratégias adaptativas para a realização dos autocuidados, promoção da autonomia, prevenção de UP e quedas, gestão do regime terapêutico.

2. Plano de Cuidados de enfermagem de Reabilitação

2.1. Foco Movimento Muscular

Data de inicio	Atividades diagnósticas	Diagnósticos de Enfermagem de Reabilitação	Intervenções de Enfermagem de Reabilitação	Objetivos
19/12	Avaliar Movimento Muscular	Movimento Muscular comprometido, em grau moderado (Hemicorpo Direito)	Avaliar movimento muscular Executar exercícios musculo articulares ativos-assistidos e ativos, dos membros superiores e inferiores Executar exercícios musculo articulares com alongamentos, dos membros superiores e inferiores	Potenciar o aumento da força muscular e resistência muscular. Melhorar o movimento muscular dos membros superiores e inferiores.
19/12	Avaliar potencial para melhorar o conhecimento sobre exercícios musculo articulares	Potencial para melhorar o conhecimento sobre exercícios musculo articulares	Avaliar conhecimento sobre exercícios musculo articulares	Identificar se o doente tem potencial

19/12	Avaliar conhecimento sobre exercícios musculo articulares	Potencial para melhorar o conhecimento sobre exercícios musculo articulares	<p>Ensinar sobre exercícios musculo articulares dos membros superiores e inferiores</p> <p>Ensinar sobre técnicas de alongamentos antes da realização dos exercícios</p> <p>Ensinar sobre técnicas de relaxamento após a realização dos exercícios</p> <p>Instruir sobre exercícios musculo articulares:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mobilização do ombro; do cotovelo; do antebraço; do punho; dos dedos; • Automobilização do membro superior; • Exercícios de inibição do membro superior (Ex: os cotovelos da pessoa permanecem em cima da mesa; o EEER ajuda a colocar a eminência tenar debaixo do 	<p>Informar o doente sobre os exercícios musculo articulares dos membros superiores e inferiores</p> <p>Dotar o doente com conhecimento para a realização de exercícios musculo articulares dos membros superiores e inferiores</p> <p>Dotar o doente com conhecimento para realização de técnicas de alongamentos antes da realização dos exercícios.</p>
-------	---	---	--	--

			<p>queixo, deixando os dedos em extensão ao longo do rosto. Quando o EEER sentir que os dedos das pessoa estão relaxados deve conduzir a mão parética para longe do rosto e, em seguida, pedir à pessoa para voltar a colocar as mãos na posição inicial).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mobilização da anca; do joelho; e da tibiotársica; • Exercício da ponte; • Dissociação da cintura pélvica; 	
19/12	<p>Avaliar potencial para melhorar a capacidade para executar exercícios musculo articulares</p> <p>Avaliar capacidade para executar os exercícios musculo articulares</p>	<p>Potencial para melhorar a capacidade para realizar exercícios musculo articulares</p> <p>Potencial para melhorar a capacidade para executar exercícios musculo articulares</p>	<p>Avaliar potencial para melhorar a capacidade para executar exercícios musculo articulares</p> <p>Avaliar a capacidade para executar exercícios musculo articulares</p> <p>Treinar exercícios musculo articulares (supracitados)</p>	<p>Identificar se o doente tem potencial</p> <p>Favorecer fortalecimento muscular</p> <p>Beneficiar o ganho de massa muscular</p> <p>Potenciar a funcionalidade</p>

--	--	--	--	--

2.2.Foco Equilíbrio Corporal

Data de início	Atividades diagnósticas	Diagnósticos de Enfermagem de Reabilitação	Intervenções de Enfermagem de Reabilitação	Objetivos
19/12	Avaliar Equilíbrio Corporal	Equilíbrio Corporal comprometido em grau moderado	<p>Avaliar equilíbrio corporal (estático sentado; dinâmico sentado, ortostático estático e ortostático dinâmico)</p> <p>Monitorizar equilíbrio segundo a escala de equilíbrio de Tinetti</p> <p>Executar técnica de treino de equilíbrio corporal</p> <p>Estimular o equilíbrio corporal e correção postural</p>	<p>Melhorar o equilíbrio estático e dinâmico</p> <p>Prevenir quedas</p> <p>Promover uma postura correta</p> <p>Favorecer o fortalecimento muscular</p> <p>Adquirir um bom equilíbrio para uma marcha eficaz</p>

19/12	<p>Avaliar potencial para melhorar o conhecimento sobre equilíbrio corporal</p> <p>Avaliar conhecimento sobre equilíbrio corporal</p>	<p>Potencial para melhorar o conhecimento sobre equilíbrio corporal</p> <p>Potencial para melhorar o conhecimento sobre equilíbrio corporal</p>	<p>Avaliar potencial para melhorar o conhecimento sobre equilíbrio corporal</p> <p>Ensinar acerca da técnica de equilíbrio corporal</p> <p>Instruir sobre exercícios para treino de equilíbrio corporal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Transferência de peso para os braços; • Carga no cotovelo/facilitação cruzada; • Alternância de carga nos membros inferiores; • Contorno de obstáculos; • Mudança de rotação. 	<p>Identificar se o doente tem potencial</p> <p>Dotar o doente de conhecimento sobre equilíbrio corporal</p> <p>Promover a autonomia facilitando a realização dos autocuidados</p> <p>Estimular o sistema vestibular e neuromuscular</p>
-------	---	---	--	--

19/12	<p>Avaliar potencial para melhorar a capacidade para executar técnica de equilíbrio corporal</p> <p>Avaliar capacidade para promover o equilíbrio corporal</p>	<p>Potencial para melhorar a capacidade para executar técnica de equilíbrio corporal</p> <p>Potencial para melhora a capacidade para executar técnica de equilíbrio corporal</p>	<p>Avaliar capacidade para o equilíbrio corporal</p> <p>Treinar o equilíbrio corporal</p> <p>Executar os exercícios acima citados</p> <p>Incentivar a treinar o equilíbrio corporal</p>	
-------	--	--	---	--

2.3.Foco Andar com auxiliar de marcha

Data de inicio	Atividades diagnósticas	Diagnósticos de Enfermagem de Reabilitação	Intervenções de Enfermagem de Reabilitação	Objetivos
19/12	Avaliar o andar com auxiliar de marcha	Andar com auxiliar de marcha (andarilho) comprometido em grau elevado	Avaliar o andar com auxiliar de marcha (andarilho)	Promover a funcionalidade Promover a autonomia facilitando a realização dos autocuidados Estimular o sistema vestibular e neuromuscular
19/12	Avaliar potencial para melhorar o conhecimento sobre andar com auxiliar de marcha	Potencial para melhorar o conhecimento sobre equilíbrio corporal	Avaliar potencial para melhorar o conhecimento sobre andar com auxiliar de marcha (andarilho)	Identificar se o doente tem potencial

19/12	Avaliar conhecimento sobre andar com auxiliar de marcha	Potencial para melhorar o conhecimento sobre andar com auxiliar de marcha	Ensinar técnica de andar com auxiliar de marcha; Instruir a técnica de andar com auxiliar de marcha;	Ensinar ao doente a técnica correta de andar com o auxiliar de marcha;
	Avaliar capacidade para andar com auxiliar de marcha	Potencial para melhorar a capacidade para andar com auxiliar de marcha (andarilho)	Treinar técnica de andar com auxiliar de marcha (andarilho); Assistir a pessoa a andar com auxiliar de marcha;	Auxiliar o doente no andar; Prevenir quedas; Promover a independência;

2.4.Foco transferir-se

Data de início	Atividades diagnósticas	Diagnósticos de Enfermagem de Reabilitação	Intervenções de Enfermagem de Reabilitação	Objetivos
19/12	Avaliar o transferir-se	Transferir-se comprometido em grau moderado	Avaliar o transferir-se	Promover a funcionalidade

				Promover a autonomia facilitando a realização dos autocuidados
19/12	<p>Avaliar potencial para melhor conhecimento sobre transferir-se</p> <p>Avaliar capacidade para transferir-se</p>	<p>Potencial para melhorar conhecimento sobre transferir-se</p> <p>Potencial para melhorar capacidade para transferir-se</p>	<p>Avaliar potencial para melhorar conhecimento sobre transferir-se;</p> <p>Ensinar a técnica de adaptação para transferir-se da cama para a cadeira;</p> <p>Ensinar a técnica de adaptação para transferir-se da cadeira para a cama;</p> <p>Assistir a pessoa a transferir-se;</p> <p>Analisar com a pessoa a capacidade para transferir-se;</p> <p>Instruir a técnica de adaptação para transferir-se da cama para a cadeira;</p> <p>Instruir a técnica de adaptação para transferir-se da cadeira para a cama;</p>	Identificar o potencial do doente

			<p>Treinar a técnica de adaptação para transferir-se da cama para a cadeira;</p> <p>Treinar a técnica de adaptação para transferir-se da cadeira para a cama;</p>	
--	--	--	---	--

ANEXO E – PEDIDOS À COMISSÃO DE ÉTICA

Email com parecer Positivo

90/2023 - Parecer CAF+CES+EPD Caixa de entrada x 🖨️ 📧

C Centro Académico HSOG terça, 27/06, 17:08 (há 4 dias) ☆ ↶ ⋮
para mim [REDACTED]

Caros investigadores,
Boa tarde!

Junto envio parecer **positivo** para a realização do projeto de investigação intitulado: "**Ganhos em Saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação na fase aguda à pessoa vítima de AVC com disfagia.s**".

O documento contempla as validações do Coordenador do Centro Académico, da Comissão de Ética e da Encarregada de Proteção de Dados, devendo ser analisadas e cumpridas as medidas sugeridas.

Solicitamos a sua participação num Questionário de Satisfação sobre o funcionamento do Centro Académico e de Formação (CAF), no que diz respeito ao processo de submissão de projetos de investigação: <https://forms.office.com/e/sxxDK3TSRI>.

Com os melhores cumprimentos,
[REDACTED]

Centro Académico e de Formação
Hospital da Senhora da Oliveira- Guimarães, EPE

Parecer do Coordenador do Centro Académico



PARECER DO COORDENADOR DO CENTRO ACADÉMICO

Título: "*Ganhos em Saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação na fase aguda à pessoa vítima de AVC com disfagia*".

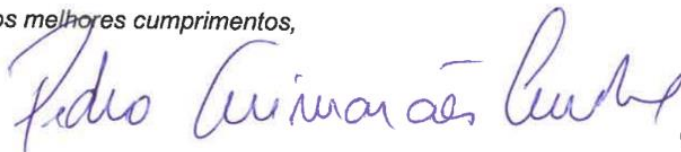
Ref: 90/2023 – Projeto de Investigação

Investigador Principal / Aluno: Mónica Lisa Gonçalves Ferreira, Enfermeira Generalista no Serviço UCIM / UAVC no HSOG e aluna do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde do IPB – Instituto Politécnico de Bragança.

Investigador Responsável na Instituição Externa (Orientador): Maria José Gomes, Professora Doutora na Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Bragança.

Avaliação da exequibilidade e de mérito científico: Estudo com interesse clínico e académico, pelo que, nada a opor ao presente projeto.

Com os melhores cumprimentos,



Prof. Doutor Pedro Guimarães Cunha

Coordenador do Centro Académico e de Formação do HSOG



CENTRO ACADÉMICO
E DE FORMAÇÃO
Hospital da Senhora da Oliveira Guimarães

Hospital da Senhora da Oliveira - Guimarães, EPE
Rua dos Cutileiros, Creixomil | 4835-044 Guimarães
Tel: 253 540 330 | <http://www.hospitaldeguimaraes.min-saude.pt/>

Parecer Da Comissão de Ética Para a Saúde



PARECER DO COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

Título: “Ganhos em Saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação na fase aguda à pessoa vítima de AVC com disfagia”.

Ref: 90/2023 – Projeto de Investigação

Investigador Principal / Aluno: Mónica Lisa Gonçalves Ferreira, Enfermeira Generalista no Serviço UCIM / UAVC no HSOG e aluna do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde do IPB – Instituto Politécnico de Bragança.

Investigador Responsável na Instituição Externa (Orientador): Maria José Gomes, Professora Doutora na Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Bragança.

Nos termos desta Comissão de Ética, dá-se o conhecimento a V. Exas. do parecer emitido em reunião no dia 27 de junho de 2023:

Com os melhores cumprimentos,

João Lima Reis

Presidente da CES do HSOG