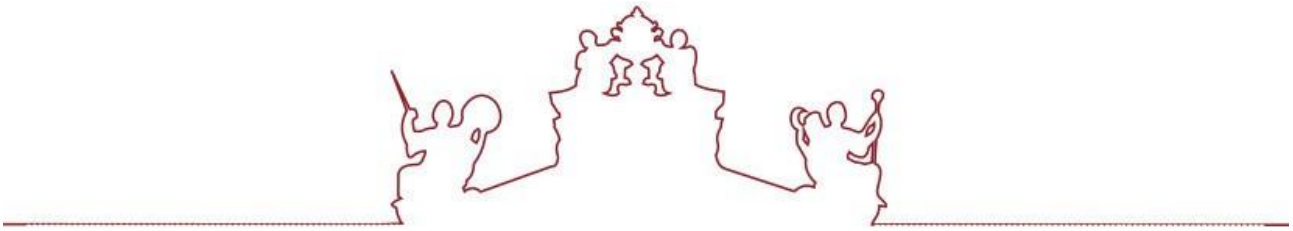


Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus

Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde Instituto Politécnico de Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde

MESTRADO EM ENFERMAGEM

Área de especialização | Enfermagem de Reabilitação

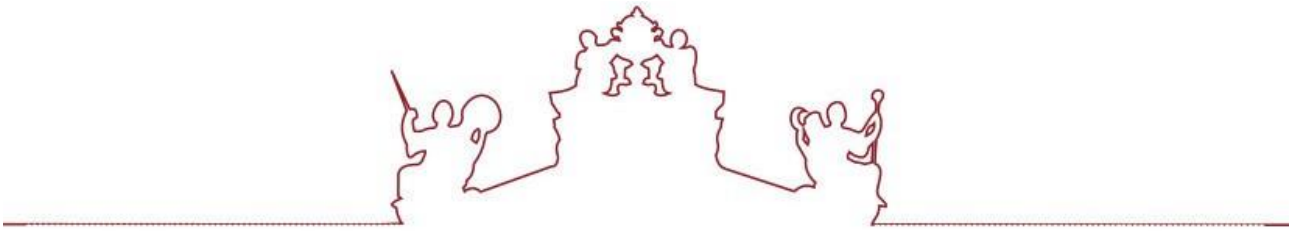
Relatório de Estágio

Compromisso da deglutição na pessoa com alterações neuromusculares: prevenção de complicações

Inês Correia Chaves Barrento Pereira

Orientador | Eugénia Nunes Grilo

Évora 2022



Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus

Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde Instituto Politécnico de Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde

MESTRADO EM ENFERMAGEM

Área de especialização | Enfermagem de Reabilitação

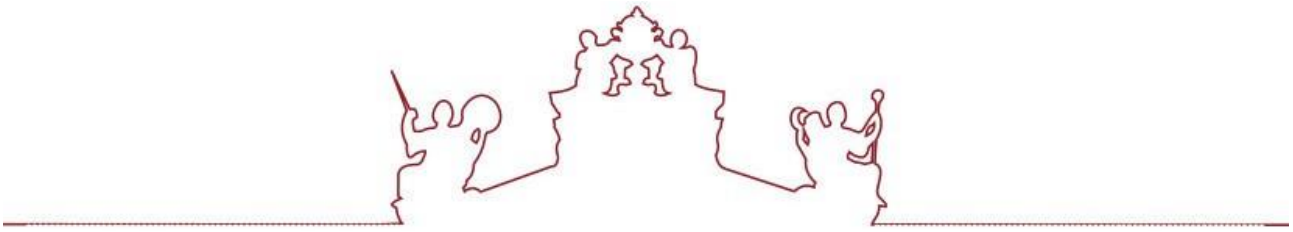
Relatório de Estágio

Compromisso da deglutição na pessoa com alterações neuromusculares: prevenção de complicações

Inês Correia Chaves Barrento Pereira

Orientador | Eugénia Nunes Grilo

Évora 2022



O trabalho de projeto foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo Diretor da Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus:

Presidente | Ana Rodrigues (Universidade de Évora)

Vogais | Eugénia Nunes Grilo (Instituto Politécnico de Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias) (Orientador)

João Vítor da Silva Vieira (Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde) (Arguente)

Évora 2022

RESUMO

Este relatório pretende demostrar o processo de aquisição e desenvolvimento de competências de enfermeira especialista, especialista em enfermagem de reabilitação e competências de mestre, processo que foi facilitado pela operacionalização de um projeto de intervenção profissional que abordou o compromisso da deglutição em pessoas com alterações neuromusculares, que teve como objetivo contribuir para a redução de complicações associadas à deglutição comprometida nos doentes internados no contexto onde decorreu o estágio.

Seguiu-se metodologia de estudo-caso, que inclui doentes com patologia neuromuscular, alvo de uma intervenção individualizada e que incluiu dois momentos de avaliação.

Dos cinco doentes incluídos, dois melhoraram a função da deglutição e em três não houve ocorrência de complicações, resultado da intervenção de enfermagem de reabilitação e dos cuidados implementados.

As atividades desenvolvidas ao longo dos estágios realizados, entre elas o projeto e a elaboração do relatório, permitiram concluir que a aquisição e desenvolvimento das competências foi efetiva.

Palavras-chave: Enfermagem de reabilitação; compromisso deglutição; prevenção complicações.

SWALLOWING COMMITMENT IN THE PERSON WITH NEUROMUSCULAR ALTERATIONS: PREVENTION OF COMPLICATIONS

ABSTRACT

This report intends to demonstrate the process of acquisition and development of competencies as a rehabilitation specialist nurse and master's competencies, a process that was facilitated by the implementation of a professional intervention project on swallowing impairment in patients with neuromuscular disorders and aimed at contributing to reducing complications associated with impaired swallowing in patients in the context where the internship took place.

A case-study methodology was followed, that included patients with neuromuscular disorders target of an individualized intervention plan that included two moments of assessment.

Of the five patients included, there was an improvement in swallowing function in two and no complications in three as a result of the rehabilitation nursing intervention and care implementaded.

The activities developed throughout the internship, including the implementation of the project and the preparation of the final report, allowed to conclude that the acquisition and development of competencies was effective.

KeyWords: Rehabilitation nursing; compromised swallowing; prevention complications.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Professora Doutora Eugénia Nunes Grilo pela disponibilidade e orientação dada ao longo do meu percurso académico.

Agradeço a todos aqueles que me apoiaram e que estiveram presentes sempre que precisei ao longo de todo este processo de aprendizagem.

ÍNDICE

ÍNDICE DE APÊNDICES 7

ÍNDICE DE ANEXOS 8

ÍNDICE DE FIGURAS 9

ÍNDICE DE QUADROS 10

LISTAGEM DE ABREVIATURAS 11

1. INTRODUÇÃO 12

2. APRECIAÇÃO DO CONTEXTO E ANÁLISE DO ENVOLVIMENTO 15

3. ANÁLISE DA PRODUÇÃO DE CUIDADOS 20

3.1 ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO E CONSEQUÊNCIAS NA PRODUÇÃO DOS CUIDADOS 22

4. PROBLEMÁTICA E ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL 23

4.1 MODELO TEÓRICO DOROTHEA OREM 25

4.2 O PROCESSO DA DEGLUTIÇÃO 28

4.2.1 Compromisso da deglutição 31

4.2.2 Avaliação da deglutição 33

5. CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO 34

5.1 DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ER PARA A POPULAÇÃO-ALVO 36

5.2 PLANO DE INTERVENÇÃO 38

5.2.1 Intervenções de enfermagem de reabilitação na reeducação funcional da alimentação 40

6. METODOLOGIA 43

6.1 PARTICIPANTES E RECOLHA DA INFORMAÇÃO 44

6.2 PROCEDIMENTOS ÉTICO-LEGAIS 46

7. RESULTADOS DO PROJETO DE INTERVENÇÃO 47

7.1 DESCRIÇÃO DOS CASOS 47

7.2 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS 60

8. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS E COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS 62

8.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA 63

8.1 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO 66

8.2 COMPETÊNCIAS DE MESTRE 70

9. CONCLUSÃO 71

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 73

ÍNDICE DE APÊNDICES

APÊNDICES LXXIX

APÊNDICE 1 – RESUMO "COMPLICAÇÕES ASSOCIADAS AO COMPROMISSO DA DEGLUTIÇÃO EM DOENTES HOSPITALIZADOS" LXXX

APÊNDICE 2 - DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO UTILIZADA NO ESTUDO... LXXXII

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXOS LXXXV

ANEXO 1 – DECLARAÇÃO ACEITAÇÃO DA ORIENTAÇÃO LXXXVI

ANEXO 2 – MINI MENTAL STATE EXAMINATION LXXXVIII

ANEXO 3 – ESCALA DE GUSS XCI

ANEXO 4 – ESCALA DE FOIS XCV

ANEXO 5 – INDICE DE BRATHEL XCVII

ANEXO 6 – APROVAÇÃO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DA ULS C

ANEXO 7 – EVOLUÇÃO DOENTE A CII

ANEXO 8 – EVOLUÇÃO DOENTE B CVI

ANEXO 9 – EVOLUÇÃO DOENTE C CXII

ANEXO 10 – EVOLUÇÃO DOENTE D CXVIII

ANEXO 11 – EVOLUÇÃO DOENTE E CXXIV

ANEXO 12 – DECLARAÇÃO DA PUBLICAÇÃO ARTIGO REVISTA REASE CXXX

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura nº 1 – Consequências da disfagia 33

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro nº 1 - Pares cranianos 29

Quadro nº 2 – Fases da Deglutição 30

Quadro nº 4 - Risco de ingestão nutricional comprometida e risco de desidratação 37

Quadro nº 5 - Risco de aspiração 37

Quadro nº 6 – Limpeza das vias aéreas..... 38

Quadro nº7 - Autocuidado beber e autocuidado comer comprometidos..... 38

Quadro nº 8 – Plano de Intervenção..... 39

Quadro nº 10 – Evolução do doente A..... 50

Quadro nº 11 – Evolução Doente B..... 52

Quadro nº 12 – Evolução Doente C..... 54

Quadro nº 13 – Evolução Doente D 56

Quadro nº 14 – Evolução Doente E..... 59

LISTAGEM DE ABREVIATURAS

AC - Autocuidado

AVC – Acidente vascular cerebral

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CRI - Centro de Responsabilidade Integrada

DRG - Direção-geral de Saúde

EE – Enfermeiro especialista

EEER - Enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação

ER – Enfermeiro de reabilitação

FOIS - Escala funcional de ingestão por via oral

GUSS - Gugging Swallowing Screen

INE - Instituto Nacional de Estatística

MCEER - Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação

MMSE - Mini-mental state examination

NU - Nações Unidas

OE - Ordem dos Enfermeiro

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SNS - Serviço Nacional de Saúde

TNF - Tabela Nacional de Funcionalidade

UC - Unidade Curricular

UCC – Unidade de Cuidados Continuados

ULS - Unidade Local de Saúde

VNI - Ventilação não invasiva

WGO - World Gastroenterology Organisation

1. INTRODUÇÃO

O Relatório Final surge inerente à conclusão da unidade curricular (UC) Estágio Final do mestrado em enfermagem, na área de especialização de enfermagem de reabilitação. O mestrado em Enfermagem em associação é uma iniciativa das Escolas Superiores de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre e do Instituto Politécnico de Beja, do Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco, e Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora. A presente edição decorreu na Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora.

O Estágio Final, conforme descrito no documento relativo ao planeamento desta unidade curricular, tem como finalidade criar condições para a aquisição e desenvolvimento competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação e competências de mestre, sendo o formando o principal agente da sua aprendizagem.

Nesta perspetiva, o formando deve demonstrar competências para elaborar um projeto de estágio e um relatório sobre o processo de desenvolvimento do Estágio Final e a aquisição de competências, cumprindo as três fases do desenvolvimento: a fase projeto, onde elabora um projeto de intervenção, a fase de intervenção, onde implementa as atividades definidas no projeto e a fase de relatório onde descreve e reflete de forma critica e fundamentada sobre as atividades desenvolvidas e competências adquiridas.

O Relatório Final, intitulado "Compromisso da deglutição nas pessoas com alterações neuromusculares: prevenção de complicações", espelha as atividades desenvolvidas e competências adquiridas na sequência da implementação do projeto, que teve lugar num Centro de Responsabilidade Integrada (CRI), de uma Unidade Local de Saúde (ULS), no período de 13 de setembro de 2021 a 14 de janeiro de 2022, com uma duração de 16 semanas, sob a orientação científica e académica da Professora Doutora Eugénia Nunes Grilo, da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias (anexo 1).

O trabalho que se apresenta, teve como objetivo principal, descrever o processo de aquisição das competências de mestre e competências especificas do enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação e descrever a contribuição que o projeto de intervenção teve para

a redução de complicações associadas ao compromisso da deglutição, em pessoas com alterações neuromusculares.

As atividades desenvolvidas ao longo do Estágio Final em consonância com o projeto de estágio, seguiram uma metodologia científica que incluiu a avaliação inicial dos doentes, o diagnóstico, planeamento de cuidados, implementação dos mesmos e avaliação final de resultados, pelo que foram estabelecidos para o projeto os seguintes objetivos específicos, identificar alterações da deglutição nos doentes internados no serviço de medicina, planear intervenções de enfermagem de reabilitação para prevenir complicações associadas ao reflexo de deglutição comprometido e melhorar o compromisso da deglutição, e de acordo com a revisão sistemática da literatura efetuada implementar as intervenções de enfermagem de reabilitação planeadas e avaliar os resultados das intervenções de enfermagem de reabilitação nos doentes.

A deglutição é uma função fisiológica, vital para a vida, sendo através deste processo complexo, que o organismo obtém os nutrientes necessários para a sua manutenção. De acordo com a Classificação Internacional da Prática de Enfermagem (CIPE), o ato de deglutir, associado ao comer e beber, corresponde à "passagem dos líquidos e dos alimentos fragmentados, pelo movimento da língua e dos músculos, da boca para o estômago, através da orofaringe e do esófago" (ICN, 2016, p.52). Conforme refere Braga (2017a), as complicações associadas a este processo podem ter danos graves nos doentes, como o desenvolvimento de processos de desnutrição e/ou desidratação, risco de pneumonias, aumento do grau de dependência e redução do grau de satisfação dos doentes e aumento do tempo de internamento.

Segundo o Regulamento nº 392/2019, referente as competências específicas dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação (EEER), estas incluem a conceção, implementação e monitorização de planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais dos doentes mas também nos problemas potencias, uma vez que, o nível mais elevado de conhecimento e a experiência acrescida dos EEER lhes permite a tomada de decisão, relativa à promoção de saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação maximizando o seu potencial.

Conforme referem Moreira, Neves, Lucas, Silva, & Galante (2021) os EEER têm vindo a desenvolver e consolidar programas de enfermagem de reabilitação, no sentido da identificação, planeamento e intervenção precoce de situações de deglutição comprometida.

Silva & Grilo (2018) referem também que nos doentes com compromisso da deglutição os EEER têm um papel de relevo, identificando e avaliando as alterações da funcionalidade ao nível da alimentação, planeando intervenções de enfermagem de reabilitação específicas, com elevado rigor técnico e científico, prevenindo complicações e maximizando assim as potencialidades dos doentes.

Segundo a Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (MCEER) (2018), os EEER, na procura contínua da excelência, no exercício profissional, devem prevenir complicações para a saúde dos doentes a partir da identificação dos riscos de alterações da funcionalidade e da identificação de alterações suscetíveis de determinarem limitações da atividade e incapacidades e a partir daqui, prescreverem intervenções de enfermagem de reabilitação, num plano, que tenha em vista a redução dos riscos, implementando as intervenções. De acordo Moreira et al (2021) os EEER elaboram programas de enfermagem de reabilitação para reeducar a função alimentação, procurando promover a saúde e prevenir complicações associadas à deglutição indo assim de encontro aos objetivos da sua área de atuação.

Centrado no projeto de intervenção, mas também na descrição de outras atividades desenvolvidas ao longo do estágio este documento encontra-se organizado no seguintes capítulos: apreciação do contexto e análise do envolvimento, análise da produção de cuidados, problemática do projeto e enquadramento conceptual, projeto de intervenção, onde é abordada a metodologia, a descrição dos casos e análise e discussão dos resultados e o capítulo destinado à análise reflexiva sobre as atividades desenvolvidas e competências adquiridas e por último a conclusão do relatório final.

Incluem-se também as referências bibliográficas, respeitando a norma da American Psycological Association (APA), 6ª Edição, cumprindo a norma da Universidade de Évora para a elaboração do relatório.

2. APRECIAÇÃO DO CONTEXTO E ANÁLISE DO ENVOLVIMENTO

O "Estágio Final" decorreu num CRI, de uma Unidade Local de Saúde (ULS) da região centro do país.

O CRI é uma estrutura orgânica de gestão intermédia que depende do conselho de administração da ULS, que por sua vez está integrada no Serviço Nacional de Saúde (SNS). Conforme definido na Portaria n.º330/2017, esta estrutura orgânica tem como visão potenciar resultados na prestação de cuidados de saúde, melhorar a acessibilidade e qualidades dos serviços prestados aos doentes, visando também um aumento da eficiência dos recursos aplicados. A sua missão é a prestação de cuidados de saúde, de acordo com o contratado com a entidade que integra, a fim de garantir a qualidade dos cuidados prestados, acessíveis, eficazes e centrados nos doentes, com garantia da continuidade dos mesmos e obtenção de ganhos em saúde para os doentes (Portaria n.º 330/2017).

A ULS, onde o CRI se encontra integrado tem como valores, de acordo com dados da instituição (2009), promover a saúde dos doentes e prevenir o surgimento de doenças, prestar cuidados de saúde diferenciados e especializados, personalizados, com qualidade e excelência, de modo equitativo, em tempo útil, tendo como visão, uma comunidade saudável, num ambiente são, sustentado na promoção de saúde, prevenção e tratamento/recuperação de doença, numa postura de proximidade junto da população abrangida. Esta população está distribuída por 8 conselhos, com uma população residente, segundo sítio web do Instituto Nacional de Estatística (INE) (INE, 2022), no ano de 2021, de 52291 mil habitantes, 14882 têm mais de 65 anos de idade, o que significa que aproximadamente 28,5% da população residente integra o grupo etário dos idosos.

O CRI, de acordo com informação disponível no sítio web da ULS que integra (2021), no serviço de internamento presta cuidados de saúde de forma integral à pessoa com pluripatologia, com acidentes vascular cerebral (AVC) e doenças dos diferentes aparelhos, respiratório, endócrino, cardíaco, digestivo, urinário e termorregulador, como, a insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crónica, pneumonia, doença hepática, insuficiência renal, alterações hidroelectrolíticas, doença de sintomatologia a esclarecer, como os síndromes febris de etiologia a esclarecer. Sendo que de acordo com os dados, os doentes mais comuns no internamento são, os doentes com AVC, os pluripatológicos e doentes para estudo,

provenientes da consulta externa, sendo a grande maioria doentes pessoas que integram o grupo dos idosos.

O serviço encontra-se dividido em medicina 1 e medicina 2, a medicina 1, conta com 25 camas, incluindo as camas de cuidados de conforto, 1 unidade para doentes com necessidade de VNI e 2 unidades de isolamento. A medicina 2 conta com 27 camas, incluindo as unidades de AVC agudos e subagudos e 2 unidades de isolamento.

Em termos de estrutura física o serviço dispõe de 52 camas, organizadas da seguinte forma, 36 camas para doentes em situação aguda de agudos, das quais 4 camas são para a unidade de ventilação não invasiva (VNI), 6 para cuidados de conforto e 4 são de unidades de isolamento, para doentes com necessidade de isolamento, 10 camas são da unidade de AVC, destinada a doentes com AVC hemorrágico, isquémico ou acidente vascular transitório, que se subdivide numa unidade AVC-agudos, com 4 camas, e 2 unidades de AVC-subagudos com 3 camas cada uma. Existe ainda a Unidade de Hospitalização Domiciliária do CRI.

A medicina 1, à semelhança da medicina 2, apresenta 1 sala de reunião da equipa de enfermagem, 1 sala de reunião da equipa médica, 1 sala da chefia de enfermagem, uma sala de preparação de terapêutica, destinada à preparação de terapêutica e manipulação de soluções, uma sala de tratamentos, destinada a técnicas terapêuticas e diagnósticas invasivas e sala de despejos. Apresenta ainda as casas de banho que dão apoio ao serviço, nomeadamente 2 casas de banho com sanita e lavatório e 2 com sanita, lavatório e poliban, salientado que nenhuma das enfermarias têm casa de banho privativa, apenas lavatório de apoio.

Nos serviços, os recursos materiais ou equipamentos, são fundamentais ao funcionamento dos mesmos, porque os serviços devem promover um ambiente seguro e protetor para os doentes e profissionais que os integram. Um ambiente seguro é aquele que deve minimizar as lesões e doenças relacionadas com o trabalho, tanto para os doentes como para os profissionais de saúde. De acordo com Guerra (2018) entende-se por ambiente seguro, aquele que tem todo o equipamento necessário, mantido em bom estado, com tudo o que é necessário para satisfazer as necessidades dos doentes. Relativamente a estes recursos, as enfermarias, encontram-se equipadas com camas articuladas, mesas de cabeceira, calha para oxigenoterapia e aspiração de secreções, com luz de presença, uma campainha em cada unidade, para chamar em caso de necessidade e cortinado de separação das outras unidades. Existem almofadas em número adequado aos posicionamentos de cada doente, mesas e cadeiras com apoio espaldar,

para as refeições, cadeirões com apoio de espaldar e perna rebatíveis e outros apenas com apoio espaldar e não rebatíveis, não estando disponíveis cadeirões para todos os doentes internados. Nas camas da unidade AVC agudos e unidade de VNI existem monitores cardíacos individualizadas para cada unidade do doente. Para além destes existem mais 3 monitores portáteis para avaliação dos sinais vitais dos restantes doentes internados no serviço, que são partilhados pelos enfermeiros que se encontram de serviço. O serviço dispõe ainda de 2 cadeiras de banho, para os banhos assistidos, cadeiras de rodas para doentes com problemas de mobilidade, bem como outros dispositivos de apoio, andarilhos, tripés, canadianas e bengalas. Para além deste material de apoio existem ainda 2 elevadores de transferências para apoio aos levantes. De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (OE) (Ordem dos Enfermeiros, 2013), a profissão de Enfermagem tem um risco elevado para desenvolver lesões músculo-esqueléticas associadas ao trabalho, que derivam sobretudo de atividades relacionadas com movimentação, transferência e posicionamento das pessoas, pelo que estes equipamentos são fundamentais.

Para além deste equipamento de uso mais genérico, existe um conjunto de produtos de apoio ao exercício da atividade dos EEER, nomeadamente, bastões extensíveis, oxímetros, espirómetros de incentivo, estetoscópios, vários pesos e bandas elásticas, bolas com diferentes tamanhos e texturas, matérias para exercícios de coordenação motora (molas, parafusos, peças para encaixar), material para estimulação sensorial, pedaleira e os auxiliares de marcha já referidos. Material para avaliação das alterações da deglutição (espessante, água destilada, copos, espátulas), usado pela equipa de Enfermeiros de Reabilitação (ER).

Relativamente aos recursos humanos, o serviço apresenta um diretor clínico e dois enfermeiros coordenadores, sendo um responsável pela medicina 1 e outro pela medicina 2. A equipa multidisciplinar é constituída por 10 assistentes hospitalares de medicina interna e 7 internos da especialidade de medicina interna, enfermeiros especialistas e enfermeiros generalistas, assistentes operacionais, assistentes técnicos e assistentes sociais. Conta ainda com a participação da fisioterapia e terapia da fala quando solicitados.

O processo de reabilitação envolve vários profissionais qualificados e especializados, com conhecimentos e competências diferenciadas. Tratando-se de uma equipa multidisciplinar, em que o objetivo/meta é a reeducação funcional e reintegração familiar, social e profissional do doente, destaca-se o papel dos EEER que pelos seus conhecimentos baseados na evidência científica e competências adquiridas estão capacitados para tomadas de decisão autónoma (Santos, 2021). A equipa de enfermagem é constituída por 33 enfermeiros generalistas e uma

equipa de EEER, constituída por 5 especialistas e 16 assistentes operacionais. Os EEER por défice nos recursos humanos, têm turnos na prestação de cuidados como enfermeiros generalistas, mas na qualidade de especialistas, estão presentes de segunda a sexta, 1 no turno da manhã para a medicina 1 e outro para a medicina 2 e nos turnos da tarde e ao fim de semana um EEER para os dois serviços.

No turno da manhã o rácio de enfermeiro/doentes é de 1/5 doentes e na tarde e na noite é de 1/10. Com estes rácios o serviço cumpre as dotações seguras, no que diz respeito aos enfermeiros generalistas. As dotações seguras, dos enfermeiros, são aspetos fundamentais para atingir índices de qualidade e de segurança dos cuidados de saúde para a população alvo e instituições, adequando os recursos humanos às necessidades da população (Regulamento n.º 743/2019, 2019). Em relação aos EEER, no internamento, deveriam existir pelo menos 2 enfermeiros especialistas, por cada 15 doentes, de modo a garantir a prestação de cuidados especializados de 12 horas, em todos os dias da semana, pelo que o serviço ainda não cumpre estas dotações (Regulamento n.º 743/2019, 2019).

Relativamente ao método de trabalho, a equipa de enfermagem segue o método individual de trabalho/enfermeiro responsável, sendo que o enfermeiro coordenador, distribui os doentes internados por cada enfermeiro, para cada turno, na ausência deste, a distribuição dos doentes é realizada pelo enfermeiro responsável do turno. O método de trabalho individual centra a sua intervenção nas necessidades dos doentes, dando valor à personalização e individualização dos cuidados, através da distribuição dos doentes, pelos enfermeiros, de acordo com grau de dependência (Silva, 2017). De salientar que em todos os turnos se encontra um enfermeiro responsável, desempenhando funções de gestão, coordenação e resolução de problemas. No turno da manhã quando presente, este elemento é o enfermeiro coordenador e nos restantes turnos é o enfermeiro mais graduado a nível de habilitações académicas.

A equipa dos EEER trabalham pelo método de enfermeiro responsável, no que concerne à organização dos cuidados de enfermagem, para que os cuidados prestados sejam de excelência, os ER devem adotar como metodologia o modelo do enfermeiro de referência (Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, 2018).

Os ER prestam cuidados de enfermagem especializados aos doentes admitidos no serviço, introduzindo estes num programa de enfermagem de reabilitação, em que, em articulação com o enfermeiro generalista, desenvolve um plano de cuidados de enfermagem de reabilitação e

discute o mesmo com este, através de um meio de comunicação aberto e bidirecional, em que cada elemento pode contribuir de forma ativa, com os seus conhecimentos baseados na evidência, com o melhor interesse dos doentes em vista, sendo a equipa de ER um elemento orientador e de referência junto da equipa de enfermeiros generalistas no processo de tomada de decisão. Uma prática de trabalho em parceria, cooperação e entendimento, em que exista um diálogo aberto, leva a um resultado final satisfatório/de qualidade (Ventura, Martins, Trindade, & Ribeiro, 2021). Segundo o Regulamento n.º 140/2019, referente às competências comuns dos EEER, estes gerem os cuidados de enfermagem, de modo a otimizar e gerir a resposta da equipa, articulando-se com a mesma. Os EEER são também um elemento dinamizador no serviço em questão, participando na formação contínua e melhoria do serviço, identificando/diagnosticando necessidades de intervenção e desenvolvendo momentos de formação contínua. Os enfermeiros especialistas (EE), responsabilizam-se por ser um elemento facilitador de aprendizagem, no contexto de trabalho, visando a melhoria da qualidade dos cuidados (Regulamento nº 140/2019, 2019).

No que diz respeito aos critérios de admissão dos doentes no programa de reabilitação, esta é feita através da sinalização/referenciação por elementos da equipa multidisciplinar e/ou pelos próprios EEER, quando é avaliado um risco de perda da capacidade funcional. Os doentes depois são alvo de uma avaliação completa por parte dos ER, para avaliar as suas potencialidades e limitações físicas, para proceder à elaboração dos objetivos do plano de cuidados de enfermagem de reabilitação. A avaliação dos ER inclui, uma avaliação global do doente, avaliando o estado cognitivo, fala e discurso, visão, respiração, deglutição, força, marcha e equilíbrio. A equipa de EEER recorre ainda a instrumentos de avaliação, nomeadamente, para avaliar a funcionalidade aplica a escala de Barthel e Tabela Nacional de Funcionalidade (TNF), para avaliar a tolerância à atividade, aplica o questionário da dispneia, da Medical Research Council e para avaliar a deglutição aplica a escala de Guss (Gugging Swallowing Screen). Na fase diagnóstica são colhidos, analisados e interpretados dados relevantes, que permitem a elaboração dos diagnósticos de enfermagem, sustentados num juízo crítico dos EEER, formulados em 3 dimensões, sendo uma delas a funcionalidade a nível motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, de alimentação, de alimentação e sexualidade (Ribeiro, Faria, & Ventura, 2021).

Os dados recolhidos são introduzidos numa base de dados desenvolvida pela equipa, onde são inseridos todos os dados dos doentes, desde a admissão, até à alta, que incluem, proveniência, motivo internamento, antecedentes pessoais, data de admissão e da alta, destino

após a alta, a avaliação inicial e final da equipa e intervenções realizadas ao longo do internamento. Estes dados são depois compilados na elaboração de relatórios anuais, que evidenciam os ganhos em saúde e a importância e necessidade do trabalho da equipa no serviço de atuação. No serviço existe ainda um sistema de informação em enfermagem, o Sclínico, que integra a linguagem da CIPE, onde também é introduzido um registo do programa de enfermagem de reabilitação a que os doentes são submetidos e onde se levantam os diagnósticos de enfermagem de reabilitação e as respetivas intervenções. Estes sistemas de informação permitem dar visibilidade aos contributos da enfermagem de reabilitação, através da evidência dos ganhos em saúde, no entanto é ainda necessário criar indicadores específicos que permitam demonstrar o contributo dos cuidados especializados de enfermagem de reabilitação em Portugal, tal como sugerem Ribeiro, Faria & Ventura (2021) e Pestana (2017), porque os mesmos não estão definidos no sistema.

A equipa de ER tem ainda uma folha própria de registo, impressa, para registarem os dados dos doentes, nome, idade, diagnósticos e antecedentes pessoais relevantes para os cuidados, os diagnósticos e intervenções especializadas para os doentes, com resultados e notas sobre cada sessão, de relevo para a continuidade dos cuidados. Os ER, na prestação e cuidados de excelência, devem contribuir para a organização dos cuidados de enfermagem, devendo existir um sistema de registos de enfermagem incorpore os diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem de reabilitação dos doentes alvo dos cuidados (MCEER, 2018).

3. ANÁLISE DA PRODUÇÃO DE CUIDADOS

Relativamente aos doentes admitidos no internamento, no CRI, segundo dados fornecidos pelo serviço, no ano de 2020 foram prestados cuidados de enfermagem de reabilitação a 187 doentes em fase aguda, dos quais 93 eram do sexo masculino e 94 do sexo feminino, com uma média de idades de 77 anos. Foram também prestados cuidados a 206 doentes com status pós-AVC, admitidos na unidade AVC agudos e subagudos, dos quais 100 eram do sexo masculino e 106 do sexo feminino, com uma média de idades de 77 anos. Dos 187 doentes em fase aguda, de acordo Norma nº 054/2011, que diz respeito à aplicação da escala de Barthel, 14 apresentavam um grau de dependência ligeiro segundo a escala de Barthel, 40 um grau de dependência moderado e 133 um grau de dependência elevado, sendo que no momento da

alta, 26 apresentavam um grau de dependência ligeiro, 56 um grau de dependência moderado e 105 um grau de dependência elevado. Dos doentes admitidos na unidade de AVC 4 apresentavam um grau de dependência ligeiro, 41 moderado e 161 apresentaram um grau de dependência elevado, no momento da alta.

Constatou-se a prevalência de uma população envelhecida e com grande grau de dependência, admitida nos planos de cuidados de enfermagem de reabilitação, uma realidade também presente no "estágio de reabilitação", desenvolvido num serviço de ortopedia, em que a grande maioria dos doentes admitidos no serviço de internamento tinham uma média de idades superior a 70 anos de idades.

Os diagnósticos médicos mais frequentes nos doentes admitidos no programa de enfermagem de reabilitação são, AVC, com um total de 206 doentes admitidos no ano de 2020, pneumonia, derrame pleural, insuficiência cardíaca descompensada, insuficiência respiratória descompensada, com um total de 187 doentes admitidos no ano de 2020. Os principais focos de intervenção da equipa de EEER no serviço, no doente com status pós-AVC foram, respeitando a linguagem CIPE (MCEER, 2015), paresia, movimento corporal, a espasticidade, equilíbrio corporal, autocuidado, transferir-se, comunicação, ventilação e deglutição.

Nos doentes em situação aguda os focos mais frequentes de enfermagem de reabilitação foram, ventilação, limpeza da via aérea, expetorar, intolerância à atividade mobilidade, autocuidado e deglutição. Com intervenções dirigidas para a readaptação e reeducação funcional do doente, a nível cardíaco, respiratório, motor, sensorial e cognitivo, da alimentação, eliminação vesical, intestinal e sexualidade (Regulamento n.º 392/2019, 2019). As intervenções de enfermagem de reabilitação mais frequentes foram, exercícios musculares e articulares (exercícios passivos e ativos assistidos), treino de equilíbrio sentado e ortostático estático e dinâmico, treino de marcha, treino de transferências, treino dos autocuidados, treino de deglutição, técnicas para otimizar a ventilação, que incluem atividades como a dissociação dos tempos respiratórios, reeducação diafragmática e costal, técnicas de descanso e relaxamento e técnicas para limpeza da via aérea, como drenagem postural, manobras acessórias (compressões e vibrações), tosse, assistida e dirigida, aspiração de secreções. Incluíram ainda exercícios de readaptação ao esforço, com gestão e planeamento dos períodos de repouso e atividade, exercícios de resistência (marcha e pedaleira).

De acordo com planeamento de atividades desta unidade curricular, pela diversidade de diagnósticos e intervenções de enfermagem de reabilitação no CRI, podemos afirmar que o contexto de cuidados onde decorreu o estágio final, corresponde ao contexto proposto no âmbito deste documento, ou seja, trata-se de um contexto rico, que engloba as características necessárias para aprofundar e desenvolver as competências propostas.

3.1 ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO E CONSEQUÊNCIAS NA PRODUÇÃO DOS CUIDADOS

A população mundial está a envelhecer em todos os países. Segundo as Nações Unidas (NU) (2019), estima-se que o número de idosos com 60 anos, ou mais, duplique até 2050 e triplique até 2100, estimando-se que em 2017 a população idosa correspondia a 13% da população global. O número de pessoas com 80 anos ou mais, deverá triplicar até 2050, passando dos atuais 137 milhões no ano de 2017, para 425 milhões em 2050, o que faz do envelhecimento populacional uma das mudanças sociais mais consideráveis do século (Nações Unidas (ONU Portugal), 2019).

Em Portugal também se verifica este paradigma. De acordo com o INE, numa projeção de três 3 cenários, em que no cenário central, até 2080 o índice de envelhecimento irá duplicar, com um aumento da população com 65 anos ou mais, com uma relação de 300 idosos, para 100 jovens. No ano de 2019, a esperança média de vida à nascença era de 81 anos, com diferenças entre os indivíduos do sexo masculino e do feminino, para os homens, a esperança média de vida era de 78 anos e para as mulheres de 84 anos (PORDATA, 2021). O envelhecimento demográfico, resulta de uma redução da população jovem e do aumento população de idosos, estimando-se que Portugal perderá população até 2080, transitando dos atuais 10 milhões para 8,2 milhões no cenário central projetado, dos quais 3 milhões têm 65 anos, ou mais (INE, 2020). Face a esta realidade o envelhecimento demográfico é um desafio para as políticas internacionais para o século XXI, que devem incluir o desenvolvimento de ações que contribuam para a qualidade do envelhecimento populacional, a promoção do bem-estar e saúde na velhice e criação de redes de apoio (Nações Unidas (ONU Portugal), 2019).

Marques-Vieira, Amaral & Pontifíce-Sousa (2017) sublinham que envelhecimento humano, não é considerado um problema, mas sim um evento natural do ciclo de vida do ser humano,

influenciado por vários determinantes, individuais, biológicos, genéticos, psicológicos, bem como fatores externos, comportamentais, sociais e ambientais. Associado ao envelhecimento surgem problemas, relacionados com a prevalência de doenças crónicas e condições de incapacidade, sendo que muitos destes problemas se revelam um desafio para as políticas de cada país (Radwanski, 2011). Pelo menos metade da população idosa possui uma patologia crónica, que tem repercussões na funcionalidade da pessoa com um aumento dos custos e maior procura dos recursos existentes a nível social e de saúde (Marques-Vieira et al., 2017).

Reconhecendo que as alterações funcionais afetam o bem-estar físico, mental e psicossocial das pessoas idosas e que estas tanto podem decorrer do processo de envelhecimento, ou devido a doença ou acidente, a intervenção "atempada e precoce" dos cuidados de enfermagem de reabilitação e o acompanhamento a longo prazo poderão proteger a saúde e acabam por melhorar os resultados conforme sublinha Radwanski (2011, p. 32). No que se refere aos problemas da deglutição, embora possam associar-se às mudanças biológicas, fisiológicas e psicológicas que ocorrem nas pessoas idosas, conforme sublinham Pontes, Amaral, Rêgo, Azevedo, & Silva (2017), estes acabam por interferir com as capacidades motoras oro faciais, da voz, audição e da linguagem.

4. PROBLEMÁTICA E ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Conforme referido atrás, decorrente do processo de envelhecimento, surgem transformações a nível fisiológico e anatómico, que podem ser intensificadas por situações de doença crónica. Os idosos são mais suscetíveis a desenvolver doenças crónicas nos diferentes sistemas, a nível neurológico, musculoesquelético, sensorial, génito-urinário, cardiovascular, respiratório e psicológico. No que diz respeito a doenças do foro neurológico surge o AVC, distúrbios cerebelosos, delírio, demência, doença de Parkinson, doença convulsiva e a nível respiratório surgem as pneumonias (Radwanski, 2011).

As doenças neuromusculares, frequentes nas pessoas idosas podem originar quadros de deglutição deficiente ou disfagia, destacando-se o AVC como a doença neurológica que origina mais quadros de compromisso da deglutição, bem como as dificuldades de deglutição que surgem associadas à progressão de algumas doenças crónicas deste foro, como o Parkinson (Gleen-Molali, 2011). O compromisso da deglutição, muitas das vezes está associado a doenças

do foro neurológico, como défices após um AVC, doença de Parkinson e doença de alzheimer (Branco & Portinha, 2017).

Com o envelhecimento surgem também alterações fisiológicas, que podem interferir com o processo de deglutição, como dificuldades com a dentição, devido a fraturas e queda de peças dentárias, atrofia das gengivas, que fazem com que as próteses dentárias fiquem desajustadas (Radwanski, 2011). Verifica-se também que acima dos 60 anos de idade ocorre uma diminuição da sensibilidade na cavidade oral, na língua, da função motora e força da língua, o que pode causar uma diminuição da velocidade e força de deglutição, redução do peristaltismo faríngeo e esofágico, aumento do trânsito esofágico e poderá também surgir a descoordenação, ou alterações da coordenação, entre as fases da deglutição e as fases da respiração (Gleen-Molali, 2011).

De acordo com Umay et al. (2021), os principais problemas que surgem nos doentes com compromisso da deglutição, são, desnutrição, desidratação, perda de peso, aumento do risco de infeção, risco de aspiração, pneumonia de aspiração, acréscimo da mortalidade e morbilidade, aumento do tempo de hospitalização, desenvolvimento de úlceras por pressão, aumento dos problemas psicológicos, com diminuição da participação no tratamento, redução da qualidade de vida, com resultado nos custos em saúde. Segundo Braga (2017), a desnutrição, desidratação, pneumonia e até mesmo a morte são as principais consequências do compromisso da deglutição.

De acordo com a scoping review realizado no âmbito do projeto de intervenção, intitulada de "Complicações associadas ao compromisso da deglutição em doentes hospitalizados" (apêndice 1) constata-se que, a população idosa, relativamente à população de outros grupos etários, tem maior risco de desenvolver disfagia, apresenta pior capacidade funcional, sendo que neste grupo etário o compromisso da deglutição pode ter impacto nutricional mais negativo (Andrade, Santos, Firmino, & Rosa, 2018). Num outro estudo incluído, os doentes com alterações da deglutição, após AVC, têm maior taxa de mortalidade, comparativamente com aqueles que não apresentam alterações da deglutição (Baroni, Fábio, & Dantas, 2012). Os doentes com disfagia têm aumento do risco de desenvolver pneumonias por aspiração (Abubakar & Jamoh, 2017), maior risco de malnutrição e mesmo malnutrição (Tagliaferri, Lauretani, Pelá, Meschi, & Maggio, 2019), os idosos com disfagia após AVC têm pior qualidade de vida (Gaspar, Pinto, Gomes, Santos, & Leonor, 2015).

O autocuidado (AC) alimentação interage com vários aspetos que afetam a funcionalidade do doente. Conforme refere Gleen-Molali (2011, p.316) "fisiologicamente, a alimentação e a deglutição são essenciais à sobrevivência. Psicologicamente, os alimentos e a capacidade de se alimentar são importantes para a autoestima. Socialmente, muitas atividades andam à volta da alimentação". Face a uma situação de compromisso da deglutição, ocorrem repercussões negativas para os doentes, "Quando alguém deixa de ser poder alimentar sem dificuldades, o medo é geralmente uma emoção dominante. Este medo inclui o da sobrevivência e da perda da independência funcional, mas, também, o da perda de interações sociais significativas" (Gleen-Molali, 2011, p.316).

4.1 MODELO TEÓRICO DOROTHEA OREM

A enfermagem de reabilitação na conceção e na prática utiliza o processo de enfermagem como metodologia, apoiando-se em modelos teóricos, permitindo-lhe um pensamento crítico das metas a alcançar e um pensamento sistematizado e intencional (Ribeiro, Moura, & Ventura, 2021).

Foi utilizado um modelo teórico como suporte para o projeto de intervenção, tendo em conta os cuidados de enfermagem desenvolvidos nos serviços de internamentos onde decorreram os estágios e as características dos doentes admitidos nos mesmos. Ribeiro, Moura et al. (2021) sublinham que as teorias de enfermagem facilitam assim o processo de identificação dos problemas, permitindo predizer o modo como os doentes respondem aos problemas de saúde e determinando as necessidades de cuidados de enfermagem de reabilitação. Segundo a MCEER (2018), os modelos de autocuidado e da transição são estruturantes e de excelência para a otimização da qualidade do exercício profissional.

Orem considera que a capacidade de realizar o AC representa um conjunto de ações executadas pelo próprio, a si mesmo, permitindo-lhe a manutenção da vida, um funcionamento saudável, o bem-estar e o desenvolvimento pessoal (Petronilho & Machado, 2017). São oito os requisitos para o AC, associados à manutenção e funcionamento da pessoa, nomeadamente: capacidade para manter uma quantidade suficiente de ar, manter a ingestão suficiente de água e a ingestão suficiente de alimento, o equilíbrio entre a atividade e repouso, o equilíbrio entre

o estar só e os momentos de interação social, fornecimento de cuidados relacionados com os processos de eliminação, a capacidade para prevenir perigos à vida, bem-estar e funcionamento do doente e a promoção do funcionamento e desenvolvimento do doente a nível social, tendo em conta as suas potencialidades e limitações (Petronilho & Machado, 2017).

Dorothea Orem previu que, ao longo do ciclo da vida, podem ocorrer situações de incapacidade, por vezes devido a desvios de saúde, que interferem com a resposta aos requisitos acima referidos, ocorrendo um défice do AC (Ribeiro, Moura, et al., 2021). Quando isto acontece surge a necessidade de ajuda, destacando-se aqui a intervenção por parte dos EEER, que têm competências específicas para cuidar dos doentes com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, no contextos da prática de cuidados, capacitando-os caso exista deficiência ou limitação da atividade, a fim de maximizar funcionalidade dos mesmos (Regulamento n.º 392/2019). Segundo a MCEER (2018), os EEER devem ter como foco de atenção promover e manter o bem-estar e qualidade de vida, promover o autocuidado e prevenir complicações, restaurando a funcionalidade dos doentes.

Orem desenvolveu três teorias de enfermagem baseadas no autocuidado, interrelacionadas entre si, a teoria do AC, a teoria do défice do AC, e a teoria dos sistemas de enfermagem, de acordo com Petronilho e Machado (2017) na teoria do AC, Dorothea Orem sugere que todos têm capacidade de autocuidado, excetuando situações em que as exigências do AC excedam as capacidades da pessoa para o realizar, podendo necessitar de suporte de terceiros para o realizar, nomeadamente dos EEER.

A teoria do défice do AC, tem como essência que os doentes deixam de ter condições para realizar o AC, quando as exigências para realizar o mesmo são superiores à capacidade do mesmo para desenvolver as ações necessária para satisfazer as suas necessidades, sendo que é aqui que surge a necessidade de cuidados de enfermagem (Queirós, Vidinha, & Almeida Filho, 2014). Nesta teoria existem 5 métodos de ajuda, conforme referem Petronilho e Machado (2017) e que são, agir ou fazer pela pessoa, guiar e orientar, proporcionar apoio físico e psicológico, proporcionar e manter um ambiente que promova o desenvolvimento pessoal e por último, ensinar.

A teoria dos sistemas de enfermagem indica como é que os cuidados de enfermagem de reabilitação e a pessoa dão resposta às necessidades do autocuidado, balanceando entre o que o doente pode fazer e o que o mesmo precisa que seja feito por parte dos enfermeiros para

satisfazer as suas necessidades de AC, compreendendo três sistemas de enfermagem: o sistema completamente compensatório, o sistema parcialmente compensatório e o sistema de apoio/educação.

O sistema totalmente compensatório compreende que o enfermeiro substitui totalmente os doentes na ação para satisfazer o AC, o sistema parcialmente compensatório, compreende que os enfermeiros apenas ajudam os doentes naquilo que os mesmos não são capazes de fazer para completar a ação necessária para o satisfazer no autocuidado e o modelo apoio/educação, compreende que os doentes são capazes de realizar a ação necessária para satisfazer o AC, mas necessita dos enfermeiros para os ensinar, supervisionar na realização da mesma (Queirós et al., 2014).

Na prática de enfermagem conforme reforçam Petronilho & Machado (2017) é importante ter em conta cinco áreas de atividade, nomeadamente, iniciar e manter uma relação enfermeiro-doente, ou enfermeiro-doente-cuidador/família até que os mesmos não necessitem de cuidados, determinar como é que o enfermeiro pode ajudar os doentes através desta relação, responder às solicitações, desejos e necessidades dos mesmos, ajuda diferenciada por parte do enfermeiro, coordenando e integrando os cuidados de enfermagem diários aos doentes, bem como a necessidade de outras ajudas assistenciais.

Neste sentido, o projeto de intervenção encontra-se alinhado com as três teorias de enfermagem, interligadas entre si. Nos doentes com compromisso da deglutição, em que ocorre uma situação de incapacidade dos mesmos para dar resposta aos requisitos do AC, o EEER através da sua intervenção, irá ajudar os doentes a satisfazer as suas necessidades de AC.

Na qualidade de profissionais especializados, os EEER podem intervir junto dos doentes com compromisso da deglutição, desenvolvendo um plano de cuidados de enfermagem de reabilitação para a reeducação da função alimentação, tendo em conta com as necessidades identificadas e de modo a maximizar a funcionalidade dos doentes, procurando prevenir complicações e promovendo o AC alimentação, de forma segura, perseguindo também a qualidade do exercício profissional (Moreira et al., 2021). A intervenção dos ER tem como objetivos identificar situações de compromisso da deglutição, promover uma deglutição eficaz e implementar um programa de reeducação da função alimentação.

Neste sentido, tendo em conta a problemática identificado e os objetivos de estágio, desenvolvemos um projeto de intervenção que teve como objetivos gerais:

1. Contribuir para a redução de complicações associadas à deglutição comprometida, nas pessoas com alterações neuromusculares;

2. Descrever o processo de aquisição e desenvolvimento de competências de enfermeira especialista e especificas de enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação e competências de mestre.

De acordo com Fortin, Côté, & Filion (2009), os objetivos devem identificar de forma clara o que o investigador ou estudante neste caso pretende atingir. Em relação aos objetivos específicos, os autores (Lautert, Dal P & Ramos, 2013) consideram-nos como as estratégias para alcançar os objetivos gerais e que neste caso foram:

1. Identificar alterações da deglutição nos doentes admitidos no serviço de medicina;

2. Planear intervenções de enfermagem de reabilitação capazes de prevenir complicações associadas ao compromisso da deglutição;

3. Implementar as intervenções de enfermagem de reabilitação planeadas, suscetíveis de melhorar o compromisso da deglutição de acordo com a revisão da literatura efetuada;

4. Avaliar os resultados das intervenções de enfermagem de reabilitação implementadas.

4.2 O PROCESSO DA DEGLUTIÇÃO

O processo da deglutição é um processo fisiológico essencial à manutenção da vida, mas não só, é também uma componente essencial para manutenção da qualidade de vida das pessoas, associado à alimentação este encontra-se enraizado na vida social e familiar, associado a momentos de partilha, pertença e amizade (Gleen-Molali, 2011). O processo de deglutição, compreende a passagem segura de alimento, desde a sua ingestão, até ao esófago, mantendo a proteção das vias respiratórias (Braga, 2017a).

As alterações deste processo tão singular, quando presentes, podem afetar de forma negativa tanto os doentes, bem como as famílias, tornando-se geradoras de tensão e de perda da autoestima e de qualidade de vida. Segundo Moreira et al. (2021, p. 550) "a capacidade para deglutir interfere com a vida pessoal e social da pessoa, tendo um impacto significativo na qualidade de vida".

Segundo a International Council of Nurses (ICN) (2016, p.52) "o ato de deglutir corresponde à passagem dos líquidos e dos alimentos fragmentados, pelo movimento da língua e dos músculos da boca para o estômago, através da orofaringe e esófago". A deglutição é um processo neuromuscular complexo, que entende a relação entre o sistema nervoso central, periférico e as ações coordenadas entre as estruturas envolvidas no processo de deglutição (Gleen-Molali, 2011).

As principais estruturas anatómicas envolvidas no processo de deglutição são, a cavidade oral, a faringe, a laringe e o esófago. A cavidade oral, constituída pelos lábios, bochechas, dentes, gengivas, língua, palato mole e palato duro, úvula, amígdalas e gânglios salivares, é a estrutura onde se inicia o processo de deglutição, seguindo-se a faringe, laringe e esófago (Branco & Portinha, 2017; Gleen-Molali, 2011).

O processo de deglutição, enquanto conjunto de atividades neuromusculares reflexas, envolve 5 pares de nervos cranianos, envolvidos diretamente na deglutição e que são responsáveis pelo controlo motor e sensitivo da deglutição (Quadro nº 1).

Quadro nº 1 - Pares cranianos

Pares cranianos envolvidos na deglutição	
Nervo craniano	**Função**
V par, trigémeo, a sua lesão está associada a perda da sensibilidade facial e paralisia mandibular	Sensitivo: maxilar e mandíbula.
	Motor: Músculos mandibulares.
VII par, facial, a sua lesão origina paralisia facial, perda de paladar e pode interferir na produção de saliva e lágrima.	Sensitivo: Paladar nos dois terços anteriores da língua.
	Motor: Músculos da face

IX par, glossofaríngeo, a sua lesão pode levar à perda do paladar, disfagia ligeira e perda do reflexo de vómito.	Sensitivo: Paladar no terço posterior da língua, sensibilidade do palato mole e úvula.
	Motor: Enerva o músculo estilofaríngeo (eleva e anterioriza a laringe).
X par, vago, a sua lesão pode originar diminuição da sensibilidade e ativação dos órgãos viscerais, paralisia da laringe e faringe.	Sensitivo: membrana da laringe e da faringe.
	Motor: Ativação músculos da faringe, laringe e palato mole. Enerva músculos envolvidos na fase esofágica e os que controlam a respiração.
XII par, grande hipoglosso, a sua lesão pode originar paralisia de metade da língua	Motor: Músculos intrínsecos da língua.

Fonte: Braga, 2017a; Branco e Portinha, 2017; Glenn-Molali, 2011.

A deglutição compreende 4 fases, a preparatória e a oral, fases voluntárias, e a fase faríngea e a esofágica, fases involuntárias (Quadro nº 2). No que diz respeito 1ª fase, voluntária, esta inicia-se no momento em que surge o desejo/necessidade de comer e compreende o momento em que o alimento entra na cavidade oral, e em que se dá a formação do bolo alimentar, através da mastigação e impulsão do mesmo para a faringe (Branco & Portinha, 2017). Numa 2ª fase involuntária, que compreende a passagem do bolo alimentar pela faringe e pelo esófago, desde o momento em que este é impulsionado para a faringe (Branco & Portinha, 2017).

Quadro nº2 – Fases da Deglutição

Fases da deglutição	
Fase oral preparatória (voluntária)	Preparação do alimento, para que possa ser deglutido, ou seja, transformação do alimento em bolo alimentar. Envolve movimentos coordenados da mandibula, maxilar, lábios, língua a paladar. Nesta fase a via aérea encontra-se aberta. Pares cranianos envolvidos: Sensitivos – V, VII, IX; Motores – V, VII, XII, X.
Fase oral (voluntária)	Impulsão posterior do bolo alimentar para a faringe. Envolve a língua, palato duro e palato mole. A língua move-se para cima, tocando o palato duro e posteriormente, para empurrar o bolo

	alimentar, o palato mole eleva-se, dando-se o encerramento da faringe, evitando que os alimentos transitem para a faringe e cavidade nasal, um mecanismo protetor da via aérea. Pares cranianos envolvidos: Sensitivos – V, VII, IX; Motores – V, VII, XII, X.
Fase faríngea (involuntária)	É a mais complexa. Ocorre a transição do bolo alimentar da faringe para o esófago e proteção da via aérea durante a passagem do mesmo. A laringe eleva-se e anterioriza-se, dando-se o encerramento da glote, realizado pela epiglote, para proteger a traqueia. Nesta fase o doente encontra-se em apneia. Pares cranianos envolvidos: Sensitivos - V, X, IX; Motores – V, VII, IX, X, XII.
Fase esofágica (involuntária)	O bolo alimentar entra no esófago, após a abertura do esfíncter esofágico superior, em direção ao estômago, onde passa pelo esfíncter esofágico inferior. Pares cranianos envolvidos: Sensitivos - X; Motores – X.

Fonte: Moreira, Neves, Lucas, Silva e Galante, 2021; Braga, 2017a; Branco e Portinha, 2017.

Sendo um processo complexo, implica várias fases e diferentes estruturas anatómicas, como foi descrito, e requer que ao longo das mesmas ocorra coordenação entre a respiração e a deglutição. A faringe é em simultâneo, o trajeto de ar e o trajeto do alimento, pelo que que é necessário proteger a via aérea, no sentido de evitar a aspiração de alimentos. A fase oral e a fase faríngea da deglutição anteriormente descritas, destacam-se por incluírem dois dos mecanismos essenciais de proteção dessa via, como descrito no quadro nº 2.

4.2.1 Compromisso da deglutição

Para que o processo de deglutição seja eficaz, é necessário que ocorra a sintonia e equilíbrio de todo o processo descrito anteriormente. Segundo Branco & Portinha (2017) a respiração e a fonação estão relacionadas entre si aquando do processo de deglutição, sendo essencial o equilíbrio/coordenação entre estas, para que não surjam complicações para os doentes.

Segundo Braga (2017a), quando ocorre uma alteração no funcionamento das estruturas envolvidas no processo de deglutição os doentes podem apresentar disfagia.

Podemos descrever a disfagia como uma dificuldade na passagem dos alimentos da cavidade oral para o estômago e/ou sensação de que os alimentos estão retidos nessa transição (World Gastroenterology Organisation, 2014). A disfagia pode ser designada como "a percepção de que há impossibilidade de passagem normal do material deglutido" (World Gastoenterology Organisation, 2014, p. 3). A disfagia é uma dificuldade na deglutição, resultante da descoordenação dos músculos e estruturas envolvidas no ato de deglutir, quer devido a alterações neuromusculares ou devido a causas mecânicas (Benzecry et al., 2020).

De acordo com Moreira et al. (2021), o termo disfagia refere-se ao compromisso do processo de deglutição, que pode ocorrer devido a défices neurológicos ou estruturais, interferindo na passagem sucedida do bolo alimentar até ao estômago. Segundo a World Gastroenterology Organisation (2014), esta situação pode ocorrer devido a causas neuromusculares ou devido a causas mecânicas e obstrutivas. As doenças neuromusculares afetam muitas vezes vários sistemas e funções fisiológicas, podendo a deglutição ser uma delas. As principais causas neuromusculares podem ser doenças que afetam o sistema nervoso central, como o AVC. No caso desta patologia a disfagia está presente em 42-67% dos doentes e na doença de Parkinson, está presente em 50% dos doentes (World Gastoenterology Organisation, 2014).

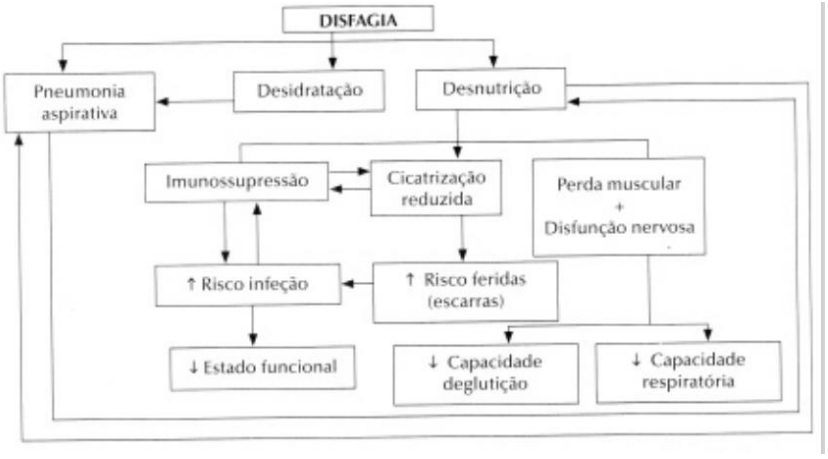
Nas pessoas com doenças neuromusculares, a disfagia pode surgir em diferentes fases da doença e os compromissos resultantes podem ser diferentes de doente para doente dependendo da doença neuromuscular associada. Na fase oral pode surgir mastigação deficiente, alterações no controlo da língua, atraso no reflexo de deglutição, engasgamento ou tosse e hemiparesia da língua. Na fase esofágica pode ocorrer o compromisso da motilidade e do peristaltismo da faringe, acumulação de resíduos na valécula e aspiração (Gleen-Molali, 2011). De salientar que o compromisso na motilidade da faringe, afeta a fase oral, causando acumulação de alimentos na laringe e a possível drenagem para a traqueia, com consequente aspiração do conteúdo (Gleen-Molali, 2011).

Os principais sinais nos doentes com disfagia são, tosse e engasgamento, tanto com os alimentos, como com a própria saliva, pneumonias de repetição, refluxo gastroesofágico, febre sem causa aparente, descrição de sensação de alimento na garganta, recusa alimentar, sonolência durante a refeição, dificuldade na mastigação e na preensão de alimento com a

língua, dificuldade em controlar o alimento na cavidade oral, escape de alimento para a faringe, regurgitamento nasal/oral, alterações da voz, como a voz molhada (Branco & Portinha, 2017). Os principais sinais sugestivos de aspiração durante a refeição são, voz molhada, ausência de tosse, dispneia e aumento das secreções na via aérea superior (Branco & Portinha, 2017).

Como foi abordado anteriormente a disfagia pode ter consequências severas para os doentes, como a desnutrição, perda de peso, desidratação, pneumonias de aspiração, perda da capacidade funcional e aumento do grau de dependência, todas elas interligadas, entre si e esquematizadas na figura nº 1.

Figura nº 1 – Consequências da disfagia



Fonte: Branco e Portinha, 2017

4.2.2 Avaliação da deglutição

A avaliação da deglutição deve incluir, uma anamnese detalhada, com uma análise da informação clínica do doente, preferências alimentares e tipo de dieta seguida pelo próprio e as suas características, a avaliação do estado mental/funções cognitivas (consciência, orientação, atenção, memória, comportamento, perceção, funções executivas), a capacidade para compreender os comandos e cumprir as indicações que lhe são dadas, a avaliação da postura e controlo da cabeça na posição sentado e a avaliação da cavidade oral (lábios, língua, palato duro e mole, mucosas, dentição, presença de peças próteses dentárias e a sua condição) (Braga, 2017b).

Deve ser ainda realizado um despiste da disfagia, através da avaliação da presença dos sinais sugestivos de disfagia referidos anteriormente, bem como através da aplicação da escala Gugging Swallowing Screen (GUSS), sendo que esta escala permite identificar a presença de disfagia e graduar a severidade da mesma, orientando para as intervenções de enfermagem de reabilitação a serem implementadas (Ferreira, 2017). Para implementar um programa de ER é essencial que se faça uma avaliação detalhada e rigorosa da deglutição, estando preconizado a implementação da escala de GUSS, anterior ao planeamento dos cuidados de enfermagem de reabilitação (Moreira et al., 2021). Outro instrumento de avaliação, que permite avaliar a gravidade das limitações que o doente tem na alimentação pela via oral é a Escala funcional de ingestão por via oral (FOIS), elaborada para estadear o nível de alimento que o doente com disfagia ingere pela via oral (Moreira, 2012).

Durante a avaliação é ainda recomendada a monitorização da saturação periférica de oxigénio, durante a ingestão de alimentos, uma estratégia útil como preditor do risco de aspiração, uma vez que os valores de oxigénio periférico tendo a diminuir quando ocorre aspiração de conteúdo alimentar (Ferreira, 2017). Um diminuição de 4% do valor habitual do doente pode ser sugestivo da presença de aspiração (Branco & Portinha, 2017).

5. CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Os EEER têm um papel de relevo junto dos doentes com compromisso da deglutição, desde a identificação precoce de situações de disfagia, à realização de cuidados de enfermagem de reabilitação personalizados, de acordo com as necessidades identificadas nos doentes, tendo em vista a prevenção de complicações associadas a esta situação e, procurando manter e/ou reduzir a perda da sua funcionalidade.

O programa de reeducação funcional da função da alimentação encontra-se em linha com as competências específicas dos EEER e com os padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação, ou seja, estes têm como finalidade evitar incapacidades, ou reduzir o impacto destas, promover uma ação preventiva, prevenir complicações e assegurar a capacidade funcional dos doentes com compromisso da deglutição (MCEER, 2018; Regulamento n.º 140/2019, 2019).

O programa de reeducação da função da deglutição, abrange várias intervenções de enfermagem de reabilitação, tem como objetivos, a identificação de alterações no processo de deglutição e a promoção de uma deglutição eficaz (Moreira et al., 2021)

Segundo Silva e Grilo (2018), os EE acompanham os doentes desde o início e, em constante permanência, ao longo do processo de reabilitação orientado para a reeducação funcional da alimentação. Dada a complexidade do processo de deglutição, a intervenção com os doentes que apresentam este compromisso requer competências diferenciadas e específicas. O programa de enfermagem de reabilitação "surge na perspetiva" dos EEER realizarem uma avaliação precoce dos distúrbios da deglutição e implementarem "atempadamente intervenções específicas que contribuam para uma melhoria da função alimentação, bem como a prevenção de complicações" (Moreira et al., 2021, p. 551).

De acordo com Domingos & Veríssimo (2014), como resultado dos cuidados de enfermagem de reabilitação, é possível produzir ganhos em saúde, com melhoria da qualidade de vida dos doentes com alterações da deglutição, bem como diminuir os reinternamentos destes, que são readmitidos nos serviços com quadros de infeção respiratória. Através da implementação dos programas de reabilitação da função alimentação, procura-se garantir a segurança dos doentes, a qualidade dos cuidados prestados e reduzir respetivamente a taxa de morbilidade e mortalidade destes doentes (Moreira et al., 2021). A abordagem precoce através de uma identificação precoce das alterações da deglutição permite reduzir o risco de pneumonia de aspiração e o risco de outras complicações relacionadas, como a desnutrição, a desidratação e o aumento dos tempos de internamento. De salientar, tal como refere Braga (2017a), que devido à complexidade da situação, também é necessário colaborar com outros elementos da equipa multidisciplinar.

De acordo com a linguagem CIPE (2019) e com o Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (2015) nesta população, que incluí os doentes que integraram o projeto de intervenção, os diagnósticos de enfermagem mais frequentes são: o compromisso do reflexo de deglutição, deglutição comprometida (quadro nº 3), risco de ingestão nutricional comprometida e risco de desidratação presente (quadro nº 4), risco de aspiração (quadro nº 5), limpeza da vias aéreas ineficaz (quadro nº 6), autocuidado beber comprometido e autocuidado comer comprometido (quadro nº 7) (International Council of Nurses, 2016; Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (MCEER), 2015).

5.1 DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ER PARA A POPULAÇÃO-ALVO

Quadro nº 3 – Deglutição

<table>
<tr><td>Diagnóstico:
Deglutição comprometida</td><td rowspan="2">Intervenções:
- Avaliar as capacidades de deglutição;
- Monitorizar deglutição através da escala de Guss e de FOIS;
- Executar técnicas de deglutição;
- Gerir dieta;
- Planear dieta;
- Posicionar os doentes;
- Supervisionar o processo de deglutição;</td></tr>
<tr><td>Resultados esperados:
Contribuir para a redução de complicações associadas ao compromisso do reflexo da deglutição</td></tr>
<tr><td colspan="2">Dimensão: Conhecimento:</td></tr>
<tr><td>Diagnóstico: Potencial para melhorar o conhecimento sobre exercícios de deglutição</td><td rowspan="2">- Avaliar capacidade para aprender exercícios de deglutição (Mini-mental state examination (MMSE));
Avaliar conhecimento sobre exercícios de deglutição;
- Avaliar conhecimento sobre técnicas de deglutição;
- Ensinar sobre exercícios de deglutição;
- Ensinar sobre técnicas de deglutição;</td></tr>
<tr><td>Resultados esperados: Contribuir para a redução de complicações associadas ao compromisso do reflexo da deglutição</td></tr>
</table>

Fonte: International Council of Nurses, 2016; Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (MCEER), 2015.

Quadro nº 4 - Risco de ingestão nutricional comprometida e risco de desidratação

Diagnóstico: Risco de ingestão nutricional comprometida; Risco de desidratação presente.	Intervenções: - Gerir dieta; - Planear dieta (consistência da dieta, textura, aroma e a temperatura, o aporte nutricional necessário, frequência das refeições); - Monitorizar a ingestão de alimentos; - Monitorizar a ingestão de líquidos; - Solicitar apoio da nutrição; - Monitorizar peso corporal.
Resultados esperados: Ingestão nutricional otimizada; Risco de desidratação ausente.	

Fonte: Branco e Portinha, 2017; International Council of Nurses, 2016; Gleen-Molali, 2011

Quadro nº 5 - Risco de aspiração

Diagnóstico: Risco de aspiração presente	- Avaliar o estado de consciência dos doentes; - Avaliar a capacidade de deglutição dos doentes; - Ensinar sobre o risco de aspiração; - Ensinar sobre dieta para facilitar a deglutição; - Executar técnicas de deglutição e posturas compensatórias; - Assegurar condições de segurança para executar as técnicas de deglutição; - Supervisionar deglutição (se é eficaz e completa); - Vigiar sinais e sintomas de aspiração (voz molhada, ausência de tosse, dispneia e aumento das secreções na via aérea superior, redução abrupta das saturações periféricas de O2 durante as refeições).
Resultados esperados: Prevenir o risco aspiração; Deglutição melhorada.	

Fonte: Braga, 2017b, Branco e Portinha, 2017; International Council of Nurses, 2016; Gleen-Molali, 2011

Quadro nº 6 – Limpeza das vias aéreas

Diagnóstico: Limpeza das vias aéreas ineficaz	Intervenções: - Avaliar os reflexos de tosse; - Executar cinesiterapia respiratória (Dissociação dos tempos respiratórios, abertura costal global e seletiva, técnica de compressão torácica anterior, inferior e posterior, executar técnicas acessórias, vibrações e compressões); - Vigiar a expetoração; - Aspirar secreções; - Supervisionar a ventilação.
Resultados esperados: Limpeza das vias áreas eficaz	

Fonte: International Council of Nurses, 2016; Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (MCEER), 2015).

Quadro nº7 - Autocuidado beber e autocuidado comer comprometidos

Diagnóstico: Autocuidado alimentação comprometido	Intervenções: - Avaliar dependência através da escala de Barthel; - Promover o autocuidado comer e beber; - Implementar estratégias de promoção do autocuidado comer e beber; - Incentivar o autocuidado comer e beber;
Resultados esperados:	

Fonte: International Council of Nurses, 2016; Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (MCEER), 2015).

5.2 PLANO DE INTERVENÇÃO

Para a implementação do projeto de intervenção foi elaborado um plano de intervenção com base na revisão da literatura, esquematizado no quadro nº 8. Foi definida a realização de pelo menos duas avaliações aos doentes admitidos no projeto, uma avaliação inicial e uma avaliação intermédia. Foi preconizado que cada sessão teria uma duração média de 30 minutos. De salientar que apesar deste projeto de intervenção ter como população-alvo e critérios de

inclusão os doentes com compromisso do reflexo de deglutição, os cuidados de enfermagem de reabilitação englobaram também outros focos de atenção, de acordo com as necessidades específicas e individuais dos doentes, procurando maximizar e prevenir a perda de capacidade funcional dos mesmos.

Quadro nº 8 – Plano de Intervenção

Plano de intervenção do programa de reeducação funcional da função alimentação	
Sessão 1	Recolha de dados junto dos doentes, processo clínico e equipa de enfermeiros generalistas e ER. Avaliação inicial, que inclui a entrevista e aplicação dos instrumentos de avaliação: Escala de Guss, escala de FOIS, MMSE, índice de Barthel e através da monitorização do peso corporal. Elaboração do plano de intervenção de enfermagem de reabilitação individualizado.
Sessão 2 – alta	Aplicação do plano de intervenção de enfermagem de reabilitação individualizado. Sessões com uma duração média de 30 minutos/turno. Avaliação intermédia/final, que inclui a aplicação dos instrumentos de avaliação: Escala de Guss, escala de FOIS, índice de Barthel e através da monitorização do peso corporal.

Fonte: Elaborado pelo próprio

5.2.1 Intervenções de enfermagem de reabilitação na reeducação funcional da alimentação

Inseridas no plano de intervenção definido surgem as intervenções de enfermagem de reabilitação, dirigidas aos doentes com compromisso do reflexo de deglutição, implementadas no âmbito dos planos de cuidados de enfermagem de reabilitação desenvolvidos, tendo em conta as necessidades individuais dos doentes, esquematizadas no quadro nº 9.

Quadro nº 9 – Técnicas de deglutição e posturas compensatórias

Intervenções compensatórias: Para prevenir a aspiração e/ou aumentar a eficácia da deglutição.		
Técnicas Posturais	Flexão cervical	Proteção da via aérea; Minimiza risco de aspiração.
	Extensão cervical	Em movimentos da língua reduzidos permite conduzir o bolo pela ação da gravidade. Nos doentes que não apresentem modificações na proteção da via aérea.
	Rotação cervical para o lado afetado	Esta manobra permite encerar o lado da faringe afetado e empurrar o bolo alimentar para o lado são. Protege a via aérea.
	Flexão lateral para o lado são	Permite empurrar o bolo para o lado são da faringe. Minimiza o risco de aspiração.
	Decúbito dorsal ou lateral	Quando a lesão faríngea é bilateral, permitindo alterar a forma como a gravidade afeta os resíduos alimentares, anulando-a, evitando a queda para a laringe e risco de aspiração.
Estimulação sensitiva	Mudança no sabor (sabor amargo estimula os reflexos deglutição); Mudança no volume (volumes maiores aumentam estimulação sensitiva, mas volumes menores diminuem risco de aspiração);	

	Temperatura (estímulo frio em pessoas com atraso do reflexo); Bebidas gaseificadas (permitem uma rápida ativação do reflexo de deglutição).	
Intervenções terapêuticas: melhorar funções residuais, manter e/ou recuperar a independência dos doentes no autocuidado alimentação		
Técnicas de deglutição (que podem ser associadas às técnicas posturais)	Deglutição supraglótica	Aumentar a proteção da via aérea de forma voluntária, através do encerramento da glote antes/durante a deglutição. Os doentes inspiram e sustêm a respiração antes de deglutir e após deglutir incentivar a tossir antes de nova inspiração.
	Manobra de Medelson	Aumento do tempo de elevação da laringe de forma voluntária, prolongando a abertura do esfíncter esofágico superior.
	Deglutição em esforço/forçada	Aumenta a retração da língua e a pressão faríngea, o que reduz resíduos na valécula e laringe após a deglutição. Pedir ao doente que contraia os músculos enquanto deglute, com esforço.
	Manobra de Dupla deglutição	Deve ocorrer uma primeira deglutição, de boca fechada, seguida de uma segunda deglutição. Previne a permanência de bolo alimentar na cavidade oral, aumenta a contração muscular no processo de deglutição, promove a proteção da via aérea.
Exercícios de amplitude de movimentos e	Lábios	Retrair os lábios, protrair, lateralizar; segurar uma; espátula entre os lábios; movimentos de sução, movimento de “beijar”, assobiar.

fortalecimento muscular	Língua	Amplitude dos movimentos: Solicitar para colocar a língua para fora da boca, ao máximo e que mantenha essa posição; mover a língua para os cantos da boca; colocar a língua junto à face interna dos dentes. Deve manter pelo menos 2 segundos para cada movimento e repetir a sequência.
		Fortalecimento: melhorar a eficácia da deglutição. Retrair a língua (manter 1-2 segundos) e efetuar bocejo e gargarejo nesta posição; empurrar uma espátula contra a resistência com a língua e relaxar 2 segundos, empurrar para cima e para baixo.
		Exercícios de manipulação do bolo: - Língua em concha (5 segundos e relaxar/5-10x): colocar uma compressa molhada no meio da língua, com uma extremidade fora da cavidade oral, segurando a mesma contra o palato duro, encerrando a língua contra os molares/gengiva. - Movimentos laterais (5/10x): colocar a compressa na língua, com uma extremidade fora da cavidade oral e manipular a mesma centro-esquerda-centro-direita. - Movimentos posteriores: colocar a compressa na língua, com uma extremidade fora (segura), movendo-a para cima e para trás como se estivesse a deglutir. - Exercícios da base: retrair a língua ao máximo e gargarejar/bocejar.
	Mandíbula	Abrir a boca ao máximo e manter 2 segundos e relaxar; mover a mandíbula o máximo para a direita/esquerda e manter 2 segundos e relaxar; realizar movimentos circulares, relaxando após cada círculo.
	Bochechas	Insuflar as bochechas unilateralmente e bilateralmente (aumentar forçar fazendo resistência com as mãos e mantendo os lábios fechados); realizar movimentos de sucção;

Fonte: Moreira et al 2021; Braga, 2017b; Glenn-Molali, 2011;

Outros aspetos a ter em consideração nos cuidados aos doentes com compromisso da deglutição, antes, durante e após a intervenção de enfermagem de reabilitação segundo Braga, (2017b) e Glenn-Molali (2014) são:

- O ambiente em redor dos doentes, que deve ser acolhedor, tranquilo e com ausência de distrações;
- O estado de consciência dos doentes no sentido de perceber se é ou não seguro administrar a dieta por via oral;
- A dieta que deve ser adequada às necessidades, preferências e hábitos dos doentes e a consistência adequada ao défice, de acordo com a avaliação da deglutição, o que permite diminuir o risco de aspiração;
- A vigilância durante a refeição, não deixar o doente sem vigilância;
- O posicionamento correto dos doentes, se necessário associado as técnicas posturais;
- A manutenção da posição elevada pelo menos até 30 minutos após a refeição, diminuindo o refluxo esofágico e risco de aspiração;
- A observação de possíveis sinais e sintomas de aspiração (redução abrupta das saturações periféricas oxigénio, episódios de tosse involuntária durante a deglutição, cianose labial e periférica);
- A confirmação de que não existem alimentos na cavidade oral após a refeição e que a deglutição foi completa e eficaz.
- A correta higiene oral antes e após a refeição.

6. METODOLOGIA

O projeto de intervenção enquadrou-se na metodologia exploratória e descritiva e usou-se como estratégia de investigação o estudo caso-descritivo. Segundo Fortin, Côté, & Filion (2009), o desenho descritivo descreve de forma completa um determinado conceito relacionado com a população alvo podendo conduzir à análise de resultados. O estudo caso estuda um fenómeno dentro do seu contexto, baseado na evidência científica e tem associado um planeamento prévio para conduzir à colheita de dados e posterior análise dos mesmos, ou seja, o estudo-caso é uma estratégia de pesquisa, que permite estudar um determinado fenómeno, conjugando uma séria de procedimentos pré-estabelecidos (Yin, 2001). Fortin et al. (2009) afirmam ainda

esta metodologia não se limita apenas à descrição de um caso, mas permite também conhecimento das variáveis em estudo.

Com base no definido no projeto de intervenção, estudamos doentes com compromisso da deglutição, no sentido de prevenir as complicações associadas a este fenómeno e obter uma visão das mudanças ocorridas alinhado com a metodologia do processo de enfermagem. Colhemos dados para identificar os diagnósticos de enfermagem, implementamos intervenções de enfermagem de reabilitação em doentes com compromisso da deglutição e avaliamos o sucesso das mesmas.

6.1 PARTICIPANTES E RECOLHA DA INFORMAÇÃO

O projeto de intervenção teve como participantes os doentes internados no serviço de internamento do CRI, local onde decorreu o estágio final, no período de período de 13 de setembro de 2021 a 14 de janeiro de 2022 e que apresentavam, através da avaliação do EEER, compromisso da deglutição de etiologia neuromuscular, que aceitassem participar de forma livre e consentida.

O primeiro contacto foi realizado através de uma entrevista e avaliação inicial dos doentes, completada com outros dados do processo clínico. Segundo Glenn-Molali (2011), a avaliação envolve a recolha e a interpretação dos dados, para compreender os hábitos dos doentes e identificar os défices existentes, esta avaliação inclui, uma história detalhada dos padrões de ingestão prévios à doença e atuais, quais as dificuldades atuais e avaliar as necessidades do doentes para satisfazer o autocuidado. Na sequência da entrevista foram aplicados também os instrumentos de colheita de dados, permitindo assim uma avaliação ainda mais detalhada das necessidades e défices dos doentes e que foram o MMSE (anexo 2). A pertinência da avaliação das capacidades cognitivas dos doentes, antes de iniciar a intervenção, foi realizada no sentido de identificar a capacidade de cada um para compreender e executar os ensinos e técnicas do programa de reabilitação.

O MMSE avalia 6 domínios que são, a orientação, retenção, atenção e cálculo, evocação, linguagem e habilidade construtiva (Direção-geral de Saúde (Norma Nº 008/2019 de 09/12/2019). De acordo com esta escala scores de 22 a 30 pontos, correspondem a capacidades

cognitivas mantidas, logo os doentes com esta pontuação poderiam beneficiar de intervenções que requeriam aprendizagem, scores inferiores a 15 pontos revelam alterações cognitivas significativas em que a aprendizagem de habilidades novas fica muito dificultada (Norma Nº 008/2019 de 09/12/2019).

A escala de Guss permite a deteção eficaz e segura da disfagia e do risco de aspiração (Ordem dos Enfermeiros, 2016) (anexo 3). Esta escala permite também fazer uma avaliação indireta e uma avaliação direta da deglutição, sendo necessário o sucesso da primeira fase para se poder realizar a avaliação direta com alimento. A avaliação indireta consiste numa avaliação do estado de vigilância dos doentes, da tosse voluntária, eficaz ou não eficaz na limpeza da garganta, e deglutição com saliva, este teste informa quem avalia se estão reunidas condições de segurança para se realizar uma avaliação direta com alimento através da via oral (Ferreira, 2017). O scores obtidos permitem caracterizar disfagia em grave, com alto risco de aspiração (0-9 pontos), disfagia moderada, com risco de aspiração presente (10-14 pontos), disfagia ligeira, com baixo risco de aspiração (15-19 pontos) e sem disfagia e risco mínimo de aspiração (20 pontos) (Ferreira, 2017).

A escala FOIS completa a avaliação da disfagia (anexo 4) na medida em que permite aos enfermeiros de reabilitação identificar o nível de gravidade de 1-7 da disfagia, sendo também um indicador da evolução dos doentes submetido à sua intervenção (Moreira, 2012). Esta escala encontra-se dividida e duas seções, a dependência de sonda (nível 1 a 3) e ingestão total por via oral (nível 4 a 7).

O índice de Barthel (Norma nº 054/2011 de 27/12/2011) (anexo 5), permite avaliar o nível de independência dos doentes em 10 atividades de vida diária, comer, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas, e assim determinar o grau de independência dos doentes ou o grau de necessidade de ajuda. Na alimentação os doentes são avaliados em independentes, dependente de ajuda (necessitando de ajuda para preparar os alimentos, mas conseguindo comer sozinho) e dependentes (Mesa do Colegio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, 2016).

A monitorização do peso corporal também foi importante, porque os doentes com compromisso da deglutição apresentam maior risco de desnutrição, desidratação, anorexia, sendo a perda de peso um sinal de alarme (Gleen-Molali, 2011)

6.2 PROCEDIMENTOS ÉTICO-LEGAIS

Para cumprir os procedimentos ético-legais e respeitar os princípios éticos, foram executados os seguintes requisitos: foi realizado o pedido formal para realização do estágio final por parte da instituição de ensino, e a submissão do projeto de estágio à comissão de ética da Universidade de Évora, para avaliação e aprovação. As comissões de ética têm como finalidade apurar se o investigador respeita os direitos humanos e princípio éticos acima descritos (Fortin et al., 2009). Uma vez aprovado pela comissão de ética seguiu-se o pedido de avaliação e de aprovação para a implementação do projeto no CRI ao Conselho de Administração da ULS que acolheu o estágio final, tendo este sido aprovado (anexo 5).

Independentemente do tipo de investigação realizada, o investigador deve respeitar os direitos das pessoas no decorrer da mesma e as decisões devem ser tomadas tendo como base os princípios éticos do respeito pela pessoa e o princípio da beneficência (Fortin et al., 2009).

Os princípios éticos fundamentados no respeito pela dignidade humana, presentes numa investigação ética são, o respeito pelo consentimento livre e esclarecido, no qual a pessoa tem o direito e a capacidade de decidir por si própria, o respeito pelos grupos vulneráveis, que inclui os doentes não tem capacidade de decidir por si próprios, devendo existir o respeito pelos direitos das pessoas, numa ausência de maus tratos, discriminação e o princípio da beneficência, o respeito pela vida privada e pela confidencialidade das informações pessoais, respeitando o direito à intimidade, anonimato e confidencialidade, o respeito pela justiça e pela equidade, devendo os participantes ser tratados de forma justa e equitativa e o equilíbrio entre as vantagens e os inconveniente, sendo que neste ponto assenta o princípio da beneficência e não maleficência (Fortin et al., 2009).

O respeito pela dignidade, encontra-se intimamente ligado ao respeito pela liberdade, uma vez que este último implica que exista concordância dos doentes com os cuidados de enfermagem planeados, com o devido consentimento para a prestação dos cuidados planeados, respeitando as escolhas e vontade dos doentes, traduzindo-se no princípio da autonomia (Deodato, 2017). Neste sentido foi ainda elaborado um consentimento informado (apêndice 2), a apresentar aos doentes que cumprissem os requisitos para ingressarem no projeto. Este consentimento, considerado como livre e voluntário, contêm informação sobre o projeto, de forma acessível, para que os doentes possam tomar a sua decisão de forma esclarecida, estando

explicito no mesmo de que a qualquer momento os mesmos podem negar a sua participação sem qualquer prejuízo e de que o seu direito a confidencialidade e anonimato estão salvaguardados (Fortin et al., 2009).

Como forma de garantir o respeito pela vida privada e pela confidencialidade das informações pessoais, tanto dos doentes como da instituição que acolheu o estágio, todos os dados dos doentes incluídos no projeto e o nome da instituição encontram-se ocultados.

7. RESULTADOS DO PROJETO DE INTERVENÇÃO

No programa de intervenção foram incluídos 5 doentes, os respetivos programas de cuidados de enfermagem de reabilitação desenvolvidos foram supervisionados por um EEER. Para cada doente preconizou-se pelo menos a realização de dois ou três momentos de avaliação, tendo em conta o número de dias de internamento dos doentes no serviço. Foi então preconizada uma avaliação inicial, uma avaliação intermédia, que incluía uma nova entrevista e a aplicação dos instrumentos de colheita de dados acima descritos e uma avaliação final.

7.1 DESCRIÇÃO DOS CASOS

Caso A (anexo 6)

Doente de 82 anos de idade, do sexo masculino, que deu entrada no serviço de internamento, proveniente do domicílio, previamente autónomo e independente na realização das suas atividades da via diárias (AVDs). Recorreu ao serviço de urgência por apresentar um quadro confusional e perda da capacidade funcional a nível motor e cognitivo. Teve como diagnóstico de internamento no serviço uma esofagite extensa. O internamento teve uma duração de 27 dias.

A primeira avaliação do doente, no âmbito do projeto de intervenção, ocorreu 7 dias após a admissão do doente no serviço, após sinalização por parte de um elemento da equipa de enfermagem de reabilitação que já se encontrava a desenvolver cuidados de enfermagem de reabilitação desde a admissão do doente no serviço em que foram identificadas alterações da

deglutição. O doente foi também englobado no programa de terapia da fala por referenciação por parte do médico assistente.

Na avaliação inicial o doente apresentava períodos de sonolência, estava orientado na pessoa e espaço. Colaborante quando incentivado. Apresenta alterações cognitivas, score de 16 no MMSE, destacando-se a capacidade de atenção e cálculo. Apresenta alterações na capacidade funcional, com um grau de dependência elevado (score de 40 na escala de Barthel) e diminuição da força ao nível dos membros inferiores (força muscular grau 3 na escala de Lower (OE, 2016)).

No que diz respeito à deglutição, por apresentar sinais sugestivos de disfagia (alterações da voz e sialorreia) e sinais sugestivos de risco de aspiração, nomeadamente alterações do estado de consciência, o doente foi entubado com sonda de levin no momento da admissão no serviço. Na avaliação posterior (7º dia de internamento) mantinha o compromisso da deglutição (score de 1 na escala de GUSS e nível 1 na escala de FOIS), dependendo exclusivamente da nutrição por via entérica através da sonda nasogástrica, e sem indicação para iniciar dieta pela via oral, por disfagia grave e alto risco de aspiração. Apresentava um peso corporal de 59,1 quilos.

O programa de cuidados de ER incluiu 11 sessões de reabilitação, sob supervisão de um EEER do serviço e foram realizados 2 momentos de avaliação, inicial e intermédia.

Após a avaliação inicial do doente, foram levantados os seguintes diagnósticos de enfermagem de reabilitação, autocuidado beber comprometido em grau elevado, autocuidado comer comprometido em grau elevado, autocuidado higiene comprometido em grau moderado, andar comprometido em grau moderado, deglutição comprometida em grau elevado, risco de ingestão nutricional comprometida, risco de desidratação presente, risco de aspiração presente em grau elevado e movimento muscular alterado.

Os cuidados de enfermagem de reabilitação englobaram um programa de reeducação funcional da função alimentação e reeducação funcional motora.

As intervenções específicas implementadas foram exercícios de amplitude de movimentos e de fortalecimento muscular da língua, bochechas, mandíbula e lábios, não foi iniciado treino de deglutição com alimentos devido ao alto risco de aspiração (score 1 na escala de GUSS). Foram também implementadas intervenções para capacitar o doente para o autocuidado e

maximizar/prevenir perda da funcionalidade, como treino de AVDs, que incluíram, treino de marcha com recurso a andarilho, treino de transferências, uso do sanitário, vestir/despir. Foram ainda realizados exercícios de fortalecimento muscular, exercícios musculoarticulares ativos-assistidas e ativos-resistidas dos membros superiores e inferiores com recurso a pesos, bem como exercícios de fortalecimento muscular dos membros inferiores com recurso a pedaleira.

Na avaliação intermédia o doente encontrava-se sonolento, apenas orientado na pessoa, com um discurso desorganizado e incoerente. Pouco colaborante com intervenção da equipa de ER. Apresentava também um agravamento do seu estado geral, após ter desenvolvido um quadro de pneumonia bilateral, com agravamento da função respiratória, com necessidade de aporte adicional de O2 e de ser aspirado em SOS.

O grau de dependência agravou, mantendo um grau de dependência elevado (score de 25 na escala de Barthel) não se verificou melhoria da deglutição (score de 1 na escala de Guss e nível 1 na escala de FOIS), com sinais evidentes de compromisso do reflexo de deglutição, nomeadamente, alteração do estado de consciência, ausência de tosse voluntária e mudança vocal com a deglutição da saliva, pelo que o programa de reeducação funcional da função alimentação foi suspenso, mantendo-se as medidas preventivas do risco de aspiração, nomeadamente a alimentação exclusivamente através de sonda nasogástrica.

Foi implementado um programa de reeducação funcional respiratória, a partir dos diagnósticos de enfermagem de reabilitação ventilação comprometida e a limpeza das vias aéreas ineficaz, que inclui exercícios de dissociação dos tempos respiratórios, reeducação costal global e seletiva, reeducação diafragmática, drenagem postural, com recurso a manobras acessórias e aspiração de secreções.

Relativamente ao risco de ingestão nutricional comprometida, o doente manteve um risco significativo com o agravamento da situação clínica e de perda da funcionalidade, tendo-se verificado uma perda ponderal de 1 quilo, da primeira avaliação, até ao momento da avaliação intermédia (15 dias), com necessidade de uma maior vigilância, gestão e planeamento da dieta, exclusiva por sonda nasogástrica.

Na Quadro nº 10 encontra-se a evolução do doente ao longo do internamento, através do confronto dos dados obtidos na colheita de dados realizada nos momentos de avaliação.

Quadro nº 10 – Evolução do doente A

Doente A		
Colheita de dados	Avaliação Inicial	Avaliação Intermédia
Capacidade cognitiva	Défices cognitivos ligeiros (MMSE score 16 pontos)	
Capacidade realização AVDs	Grau de dependência elevado (Escala de Barthel 40 pontos)	Grau de dependência elevado (Escala de Barthel 25 pontos)
Função Deglutição	Disfagia grave (Escala de Guss 1 ponto), risco elevado de aspiração.	Disfagia grave (Escala de Guss 1 ponto), risco elevado de aspiração.
	Dependente alimentação sonda (Escala de FOIS nível 1)	Dependente alimentação sonda (Escala de FOIS nível 1)
Estado nutricional	59,1 quilos	58,1 quilos

Fonte: Elaborado pelo próprio

Caso B (anexo 7)

Doente de 60 anos de idade, do sexo masculino, deu entrada no serviço de internamento, na unidade de AVC agudos, proveniente do domicílio, previamente autónomo e independente na realização das suas AVDs. Tinha como diagnóstico de internamento um AVC isquémico à esquerda. O internamento teve uma duração de 7 dias.

A primeira avaliação ocorreu no segundo dia de internamento do doente, uma vez que a equipa de ER realiza uma avaliação inicial de todos os doentes admitidos na unidade de AVC do serviço, tendo iniciado o programa de reeducação da função deglutição, após identificação do compromisso da deglutição nesta avaliação inicial. O doente foi também incluído no programa de terapia da fala, por alterações da deglutição e da comunicação, uma vez que na unidade de AVC, também está protocolada a avaliação pela terapeuta da fala.

Na avaliação inicial o doente apresentava-se calmo, consciente e orientado na pessoa, espaço e tempo, com um défice cognitivo ligeiro (score de 20 no questionário MMSE), apresentando um grau de dependência reduzido na realização das suas AVDs (95 pontos na escala de Barthel). Como sequelas o doente apresentava desvio da comissura labial à direita, paresia da língua à direita e afasia de expressão.

No que diz respeito à deglutição o doente, apresentava disfagia ligeira, com baixo risco de aspiração (score de 18 na escala de GUSS), alimentando-se exclusivamente pela via oral de dieta pastosa e com necessidade de preparação específica de alguns alimentos, nomeadamente preparação dos alimentos de consistência líquida, para a consistência "mel" através da adição de espessante (nível 5 na escala de FOIS). De salientar que através da observação direta da deglutição, com alimentos de consistência líquida, e a partir da escala de GUSS, foram identificados sinais sugestivos de disfagia, nomeadamente, alteração da voz, identificando-se uma voz "molhada". O peso inicial do doente era de 73 quilos.

Os cuidados de enfermagem de reabilitação desenvolvidos inicialmente englobaram um programa de reeducação funcional da função alimentação e reeducação funcional cognitiva.

A prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação incluiu 5 sessões, com 2 momentos de avaliação, avaliação inicial e avaliação intermédia. Ao longo do programa de cuidados enfermagem de reabilitação o doente manteve os seguintes diagnósticos, deglutição comprometida em grau reduzido, risco de aspiração presente em grau reduzido, autocuidado beber e autocuidado comer comprometidos em grau reduzido, paresia da face presente e comunicação comprometida.

Como intervenções específicas de enfermagem de reabilitação dirigidas para o compromisso da deglutição, foram implementadas intervenções compensatórias, nomeadamente, correção postural, com a flexão cervical durante a deglutição para proteger a via aérea. Foram também implementadas intervenções terapêuticas, nomeadamente, técnicas de deglutição, mais concretamente a manobra de dupla deglutição, prevenindo a permanência de alimento na cavidade oral e proteção da via aérea, exercícios de amplitude de movimentos e fortalecimento muscular, língua, lábios, bochechas e maxilar, com maior reforço nos exercícios dirigidos aos lábios e bochechas, devido ao desvio da comissura labial identificado e da língua, por apresentar paresia da língua à direita.

No âmbito do programa de enfermagem de reabilitação o doente foi ainda incentivado o autocuidado comer e beber, com supervisão, e foram realizados ensinos sobre a disfagia, cuidados a ter com a dieta, preparação dos alimento e risco de aspiração. Foram também implementadas intervenções relacionadas com a comunicação comprometida, nomeadamente, o incentivo à comunicação e o fornecimento de material educativo (imagens para identificar, pequenos textos para ler) para estimular o doente a comunicar.

Na avaliação intermédia o doente encontrava-se vígil, calmo e mantinha-se orientado nas 3 dimensões. Não apresentou agravamento do grau de dependência nas AVDs (score de 95 na escala de Barthel), mantendo apenas supervisão para se alimentar. Na deglutição, não apresentava disfagia, com um risco mínimo de aspiração (score de 20 na escala de GUSS), não precisava de preparação específica dos alimentos, (nível 7 na escala de FOIS), mantendo um peso corporal de 72,7 quilos, face aos 73 quilos na admissão. Ao longo do internamento não apresentou complicações. Na Quadro nº 11 encontra-se a evolução do doente ao longo do internamento.

O doente teve alta para o domicílio, tendo sido reforçados os ensinos sobre a disfagia e risco de aspiração.

Quadro nº 11 – Evolução Doente B.

Doente B		
Colheita de dados	Avaliação Inicial	Avaliação Intermédia
Capacidade cognitiva	Défice cognitivo ligeiro (MMSE 16 pontos)	
Capacidade realização AVDs	Grau de dependência reduzido (Escala Barthel 95 pontos)	Grau de dependência reduzido (Escala Barthel 95 pontos)
Função deglutição	Disfagia ligeira, baixo risco de aspiração (Escala de GUSS 18 pontos)	Sem disfagia, risco mínimo de aspiração (Escala de GUSS 20 pontos)
	Ingestão via oral, com necessidade de preparação específica (Escala de FOIS nível 5)	Ingestão por via oral, sem restrições (Escala de FOIS nível 7)
Estado nutricional	73 quilos	72,7 quilos

Fonte: Elaborado pelo próprio.

Caso C (anexo 8)

Doente de 88 anos de idade, proveniente do domicílio, onde residia sozinho, com apoio do centro de dia da sua área de residência. Apresentava como diagnóstico de admissão na unidade de AVC uma trombose cerebral. O internamento teve uma duração de 12 dias.

Avaliação inicial por parte da equipa de ER ocorreu nas primeiras 24 horas após a admissão no serviço e a primeira avaliação no âmbito do projeto ocorreu 5 dias após a admissão por apresentar alterações da deglutição, sinalizadas por um elemento de ER. O doente foi também incluído no programa de terapia da fala, por apresentar alterações da deglutição e da comunicação, por se encontrar admitido na Unidade de AVC.

No momento da avaliação inicial, o doente apresentava disartria marcada, desvio da comissura labial à esquerda, paresia da língua à esquerda, paresia do hemicorpo à esquerda e força muscular grau 3 no membro superior e 3 membro inferior esquerdo na escala de Lower, apresenta alterações do equilíbrio sentado estático, não apresentando controlo postural. Apresenta alterações cognitivas ligeiras (score de 20 no MMSE) e um grau de dependência elevado nas AVDs (score de 20 na escala de Barthel).

No que diz respeito à deglutição, foi entubado no momento da admissão no serviço por apresentar sinais sugestivos de disfagia (alterações da voz, tosse involuntária durante a deglutição) e sinais sugestivos de risco de aspiração, nomeadamente alterações do estado de consciência. No momento da avaliação inicial, o doente encontrava-se vígil, calmo e aparentemente orientado na pessoa, espaço e tempo, apresenta disfagia grave, com alto risco de aspiração (score de 9 na escala de GUSS), sem indicação de iniciar dieta pela via oral, com alimentação exclusiva pela via entérica (nível 1 na escala de FOIS). Peso corporal de 74 quilos.

Os cuidados de enfermagem de reabilitação foram orientados para o autocuidado comer, beber, andar, uso do sanitário, vestuário, arranjar-se, andar comprometidos em grau elevado, paresia na face presente, deglutição comprometida em grau elevado, risco de ingestão nutricional comprometida, risco de desidratação presente, risco de aspiração presente em grau elevado, movimento muscular alterado e equilíbrio corporal alterado.

Englobaram um programa de reeducação funcional motora e da alimentação, incluíram 6 sessões de ER, com 2 momentos de avaliação, inicial e intermédia.

Como intervenções específicas de ER, realizadas incluíram exercícios de amplitude de movimentos e de fortalecimento muscular (língua, bochechas, lábios e maxilar), não foi iniciado treino de deglutição devido ao risco elevado de aspiração. Foram também implementados no programa de reabilitação intervenções para capacitar o doente para o autocuidado e maximizar/prevenir perda da funcionalidade, que incluíram, exercícios terapêuticos no leito,

treino de equilíbrio sentado estático, exercícios de fortalecimento muscular, nomeadamente treino de exercícios musculoarticulares passivos e ativos-assistidos dos membros superiores e inferiores.

No momento da avaliação intermédia o doente estava vígil, calmo, aparentemente orientado, com grau de dependência elevado nas AVDs (score de 25 na escala de Barthel), mantinha um grau elevado de disfagia, com alto risco de aspiração (9 na escala de GUSS), mantendo sinais sugestivos de disfagia, nomeadamente alteração da voz. Manteve alimentação exclusivamente pela vai entérica (nível 1 na escala de FOIS). Mantinha risco de ingestão nutricional comprometida, tendo ocorrido uma perda de peso em relação ao peso inicial de 74 quilos, para 73,2 quilos em 12 dias de internamento. Ao longo do internamento não apresentou complicações.

O doente teve de alta por transferência para uma unidade de convalescença da rede nacional de cuidados continuados integrados (RNCCI), por manter o risco elevado de aspiração, com uma disfagia grave, e como medida preventiva manteve a sonda nasogástrica para alimentação e indicação para continuidade a do programa de reabilitação.

Na quadro nº 12 encontra-se a evolução do doente ao longo do internamento, através do confronto dos dados obtidos na colheita de dados realizada nos momentos de avaliação.

Quadro nº 12 – Evolução Doente C

Doente C		
Colheita de dados	Avaliação Inicial	Avaliação Intermédia
Capacidade cognitiva	Défice cognitivo ligeiro (MMSE 20 pontos)	
Capacidade realização AVDs	Grau de dependência nas AVDs elevado (Escala de Barthel 20 pontos)	Grau de dependência nas AVDs elevado (Escala de Barthel 25 pontos)
Função deglutição	Disfagia grave, alto risco de aspiração (9 pontos)	Disfagia grave, alto risco de aspiração (9 pontos)
	Dependente alimentação sonda (Nível 1)	Dependente alimentação sonda (Nível 1)
Estado nutricional	74 quilos	73,2 quilos

Fonte: Elaborado pelo próprio.

Caso D (anexo 9)

Doente de 82 anos de idade, proveniente do domicílio, onde residia com a esposa, era autónomo e independente na realização das suas AVDs. Tinha como diagnóstico de internamento um AVC isquémico, tendo sido admitido na unidade de AVC.

No momento da avaliação inicial estava vígil, calmo, orientado na pessoa, espaço e tempo, sem défice cognitivo (score 22 pontos no MMSE). Como sequelas o doente apresentava uma diminuição da força à esquerda, grau 4 no membro superior e membro inferior esquerdo na escala de Lower e apresenta alterações do equilíbrio ortostático dinâmico, apresenta um grau de dependência moderado (score de 70 na escala de Barthel).

No que diz respeito à deglutição apresentava uma disfagia ligeira, com baixo risco de aspiração (score de 18 na escala de GUSS) e sinais sugestivos de disfagia, tosse involuntária durante a avaliação, com queda das spO2. Apresenta disfagia para líquidos, com necessidade específica de preparação dos alimentos líquidos (nível 5 na escala de FOIS). Tinha um peso corporal de 81,5 quilos.

Os cuidados de enfermagem de reabilitação desenvolvidos inicialmente englobaram um programa de reeducação funcional da função alimentação e reeducação funcional motora. No âmbito do programa de cuidados ER desenvolvido foram levantados os seguintes diagnósticos, autocuidado beber comprometido em grau reduzido, autocuidado comer comprometido em grau reduzido, autocuidado higiene comprometido em grau moderado, andar comprometido em grau moderado, deglutição comprometida em grau reduzido, risco de ingestão nutricional comprometida, risco de desidratação presente, risco de aspiração presente em grau reduzido e movimento muscular comprometido, equilíbrio corporal comprometido.

Como intervenções específicas de enfermagem de reabilitação, no âmbito da deglutição comprometida destacam-se as intervenções compensatórias, como a correção postural, com a flexão cervical, para promover a proteção da via aérea e intervenções terapêuticas como o ensino e treino da manobra de dupla deglutição, prevenindo a permanência de alimento na cavidade oral e proteção da via oral e exercícios de amplitude de movimentos e fortalecimento muscular. O doente demonstrou capacidade para adquirir os conhecimentos necessários e demonstrou capacidade para executar os exercícios. Foram ainda realizados ensinos sobre a disfagia, foi gerida e planeada a dieta, com alteração da consistência para pastosa e foram

supervisionadas as refeições durante o internamento, permitindo assim uma identificação de possíveis sinais de disfagia e de risco de aspiração. Foram também implementados no programa de reabilitação intervenções para capacitar o doente para o autocuidado e prevenir perda da funcionalidade, como treino de AVDs. Foram ainda realizados exercícios de fortalecimento muscular, como exercícios terapêuticos no leito e treino de exercícios musculoarticulares ativos-assistidas e ativos-resistidas dos membros superiores e inferiores com recurso a pesos e bandas elásticas e exercícios de treino de equilíbrio ortostático estático e dinâmico.

No momento da avaliação intermédia, antes da alta para o domicílio, o doente apresentava uma melhoria do grau de dependência, grau moderado na realização das AVDs (score 80 na escala de Barthel). No que diz respeito à deglutição, não apresentava disfagia, com um risco mínimo de aspiração (score de 20 na escala de GUSS), ingestão total pela via oral, sem restrições (nível 7 na escala de FOIS). Peso corporal de 80,9 quilos. Ao longo do internamento não apresentou outro tipo de complicações. No quadro nº 13 encontra-se a evolução do doente ao longo do internamento, através do confronto dos dados obtidos na colheita de dados realizada nos momentos de avaliação.

Quadro nº 13 – Evolução Doente D

Doente D		
Colheita de dados	Avaliação Inicial	Avaliação Intermédia
Capacidade cognitiva	Sem défice cognitivo (MMSE 22 pontos)	
Capacidade realização AVDs	Grau de dependência moderado nas AVDs (Escala de Barthel 70 pontos)	Grau de dependência moderado nas AVDs (Escala de Barthel 80 pontos)
Escala de GUSS Escala de FOIS	Disfagia ligeira, baixo risco de aspiração (Escala de GUSS 18 pontos)	Sem disfagia, risco mínimo de aspiração (Escala de GUSS 20 pontos)
	Ingestão via oral, com necessidade de preparação específica (Escala de FOIS nível 5)	Ingestão por via oral, sem restrições (Escala de FOIS nível 7)
Peso Corporal	81,5 quilos	80,9 quilos

Fonte: Elaborado pelo próprio.

Caso E (anexo 10)

Doente de 72 anos de idade, residia sozinho, previamente autónomo e independente nas AVDs, teve como diagnóstico de internamento um AVC isquémico à direita, tendo sido admitido na unidade de AVC. O internamento teve uma duração de 16 dias. Foi incluído neste projeto de intervenção, após avaliação inicial por parte da equipa de ER.

A primeira avaliação do doente ocorreu no 1º dia de internamento tal como os restantes doentes, por admissão na Unidade de AVC e alterações comprovadas deglutição foi incluído no programa de terapia da fala.

Na avaliação inicial o doente apresentava-se sonolento, orientado na pessoa e espaço. Colaborante, apresentava um défice cognitivo ligeiro (score de 17 pontos na MMSE) e um grau de dependência elevado (score de 15 na escala de Barthel).

Como sequelas apresentava desvio da comissura labial à esquerda, disartria, diminuição da força à esquerda, grau 2 no membro superior e membro inferior esquerdo na escala de Lower e alterações do equilíbrio sentado estático, com dificuldade em manter o controlo postural.

No que diz respeito à deglutição foi entubado nasogástricamente no momento da admissão no serviço por apresentar sinais sugestivos de disfagia (alterações da voz) e sinais sugestivos de risco de aspiração, nomeadamente alterações do estado de consciência. Apresenta disfagia grave, com alto risco de aspiração (score de 2 na escala de GUSS), dependendo exclusivamente pela via entérica para ser alimentado (nível 1 na escala de FOIS), foi entubado com sonda de Levin. Apresentava um peso corporal de 67,9 quilos.

Os cuidados de enfermagem de reabilitação desenvolvidos inicialmente englobaram um programa de reeducação funcional da alimentação e reeducação funcional motora. Estes incluíram 8 sessões de ER, com 3 momentos de avaliação, inicial, intermédia e final.

Foram levantados os seguintes diagnósticos de enfermagem de reabilitação: autocuidado beber comprometido em grau elevado, autocuidado comer comprometido em grau elevado, autocuidado higiene comprometido em grau elevado, andar comprometido em grau elevado, paresia na face presente, deglutição comprometida em grau elevado, risco de ingestão nutricional comprometida, risco de desidratação presente, risco de aspiração presente em grau

elevado, movimento muscular comprometido e equilíbrio corporal comprometido em grau elevado.

No que diz respeito às intervenções específicas de ER foram implementadas intervenções terapêuticas, nomeadamente exercícios de amplitude de movimentos e de fortalecimento muscular da língua, lábios, bochechas e maxilar, não foi iniciado treino de deglutição devido ao baixo score na escala de GUSS. Foram também implementados no programa de reabilitação exercícios para melhorar e prevenir o agravamento dos défices motores do doente, como exercícios terapêuticos no leito, treino de AVDs, promovendo a participação do doente, exercícios de manutenção da amplitude articular, nomeadamente mobilizações passivas e treino de equilíbrio sentado estático, procurando prevenir/reduzir a perda da funcionalidade.

No momento da avaliação intermédia, ao 9º dia de internamento, o doente apresentava-se vígil, calmo e aparentemente orientado nas 3 dimensões. Também se verificou uma melhoria no grau de dependência nas AVDs, apesar de manter um grau de dependência elevado (score de 40 pontos na escala de Barthel).

No que concerne à função da deglutição o doente apresentava melhoria da função, com disfagia moderada e risco de aspiração presente (score de 12 pontos na escala de GUSS), mas já com indicação para iniciar dieta pela via oral, de textura pastosa, líquidos espessados, mas mantendo a sonda nasogástrica para um reforço adicional de líquidos e suplementos, devido ao risco de desidratação e desnutrição (nível 3 escala de FOIS). O doente apresentava perda de peso, com 67,3 quilos.

Após a avaliação intermédia, como intervenção de enfermagem de reabilitação foi gerida e planeada a dieta, com alteração da consistência para pastosa e indicação para espessar os líquidos, foram ainda supervisionadas as refeições de modo a identificar possíveis sinais de disfagia e de risco de aspiração. Foram ainda implementadas técnicas compensatórias, nomeadamente a correção postural com rotação cervical para o lado afetado. No caso das intervenções terapêuticas, foi realizado o ensino da manobra da dupla deglutição, prevenindo acumulação de alimentos na cavidade oral e faringe e proteção da via aérea. O doente demonstrou-se desperto para os ensinos sobre os exercícios e técnicas, mas necessitando de várias reforços durante as sessões para a correta execução dos mesmo.

No 10º dia de internamento o doente apresentou alterações da função respiratória, tendo desenvolvido um quadro de pneumonia. Na avaliação final o doente apresenta-se vígil, calmo, mas com períodos de confusão no espaço e tempo. Apresentou um aumento do grau de dependência, apesar de não ser muito significativo em relação à avaliação intermédia (score de 35 na escala de Barthel), mas com repercussões no processo de deglutição, com sinais de disfagia, nomeadamente, sialorreia e alteração da voz na avaliação direta da escala de GUSS, com agravamento da gravidade da disfagia, para grave, com alto risco de aspiração (score obtido na escala de GUSS 7 pontos). Houve com necessidade de suspender a dieta pela via oral (nível 1 na escala de FOIS).

Por apresentar alterações da função respiratória, ventilação comprometida e a limpeza das vias aéreas ineficaz, foram iniciados cuidados de reabilitação funcional respiratória, com reeducação costal global e seletiva, reeducação diafragmática, drenagem postural, com recurso a manobras acessórias (vibrações e compressões) e aspiração de secreções. O doente mantinha risco de ingestão nutricional e de desidratação e manteve perda de peso, com 66,8 quilos em relação aos 67,9 quilos iniciais.

O doente teve alta para uma unidade de convalescença da RNCCI ao 16º dia de internamento, para continuidade do programa de reabilitação. Devido ao risco elevado de disfagia, manteve a sonda nasogástrica para alimentação e para prevenção de episódios de aspiração.

Na quadro nº 14 encontra-se a evolução do doente ao longo do internamento, através do confronto dos dados obtidos na colheita de dados realizada nos momentos de avaliação.

Quadro nº 14 – Evolução Doente E

Doente E			
Colheita de dados	Avaliação Inicial	Avaliação Intermédia	Avaliação Final
Capacidade cognitiva	Défice cognitivo ligeiro (MMSE 17 pontos)		
Capacidade realização AVDs	Grau de dependência elevado nas AVDs (Escala de Barthel 15 pontos)	Grau de dependência elevado nas AVDs (Escala de Barthel 40 pontos)	Grau de dependência elevado nas AVDs (Escala de Barthel 35 pontos)

Função deglutição	Disfagia grave, alto risco de aspiração (Escala de GUSS 2 pontos)	Disfagia moderada, risco de aspiração presente (Escala de GUSS 12 pontos)	Disfagia grave, alto risco de aspiração (Escala de GUSS 7 pontos)
Escala de FOIS	Dependente alimentação sonda (Escala de FOIS nível 1)	Ingestão oral com suplementos por sonda (Escala de FOIS nível 3)	Dependente alimentação sonda (Escala de FOIS nível 1)
Estado nutricional	67,9 quilos	67,3 quilos	66,8 quilos

Fonte: Elaborado pelo próprio.

7.2 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O projeto de intervenção tinha como o objetivo geral, contribuir para a redução de complicações associadas à deglutição comprometida, em pessoas com alterações neuromusculares e como objetivos específicos, identificar alterações da deglutição nos doentes admitidos no serviço de medicina; planear intervenções de enfermagem de reabilitação capazes de prevenir complicações associadas ao compromisso da deglutição; implementar as intervenções de enfermagem de reabilitação suscetíveis de melhorar o compromisso da deglutição de acordo com a revisão da literatura efetuada e avaliar os resultados das intervenções de enfermagem de reabilitação implementadas.

Em relação ao objetivo geral e à sua concretização, tendo em conta os casos expostos, podemos afirmar que este objetivo foi conseguido. Dos 5 doentes incluídos no projeto, em 3 desses doentes não se verificou a ocorrência de complicações.

Quando a capacidade de deglutir está mantida em termos fisiológicos, os fenómenos de aspiração são raros e a via aérea está naturalmente protegida, contudo a idade avançada ou doenças neurológicas como por exemplo, doença de Parkinson ou AVC (Jardine, Miles, & Allen, 2020), podem comprometer a capacidade de deglutir e deixar a pessoas mais expostas a complicações sobretudo respiratórias. Por isso e tal como refere Braga (2017b) devem ser implementadas intervenções dirigidas para a função respiratória, de forma preventiva, que

melhorem a ventilação, o padrão respiratório e a mecânica ventilatória e que promovam a permeabilidade da via área, sendo que esta medidas podem prevenir pneumonias de aspiração.

Apesar de nos doentes A e E, se terem verificado complicações, foram mantidas as medidas de modo a evitar novas complicações no futuro.

No que refere à concretização dos objetivos específicos, identificar alterações da deglutição nos doentes admitidos no serviço de medicina. No âmbito do projeto de intervenção, tal como já foi exposto, foram identificadas alterações da deglutição em vários dos doentes internados e a identificação precoce de alterações da deglutição neste caso pelos EEER pode contribuir para a redução de complicações nos doentes. Segundo Jardine, Miles, & Allen (2020) muitos dos doentes idosos com compromisso da deglutição não têm consciência e/ou não conseguem reconhecer que têm problemas de deglutição, sendo que estas alterações muitas vezes não são identificadas por parte dos profissionais de saúde que lhes prestam cuidados ou são identificadas tardiamente muitas vezes já na presença de complicações para dos doentes, como asfixia, pneumonias de aspiração, desidratação e anorexia.

Muitas das instituições de saúde não implementam nas suas práticas programas de avaliação da deglutição e não treinam as equipas para realizar estas avaliação na população idosa, avaliação essencial na identificação de alterações antes do surgimento de complicações (Jardine et al., 2020). Após a identificação destas alterações é essencial planear as intervenções e implementar programas de intervenção de enfermagem de reabilitação eficazes na reeducação da função da deglutição e prevenção de complicações, como exposto nos casos do projeto de intervenção e que se mostraram eficazes em alguns doentes em termos de prevenção das complicações.

Relativamente ao objetivo específico, planear cuidados de enfermagem de reabilitação capazes de prevenir complicações associadas ao compromisso da deglutição e implementar estes cuidados, suscetíveis de melhorar o compromisso da deglutição de acordo com a revisão da literatura efetuada, podemos afirmar que este objetivo também foi conseguido, após identificação das alterações da deglutição.

No âmbito do projeto foram planeadas e implementadas intervenções de enfermagem de reabilitação suscetíveis de melhorar a função alimentação e prevenir as complicações identificadas na literatura e na revisão da literatura efetuada (apêndice 1) a implementação

destas intervenções permitiu um estado de alerta relativamente ao despiste de complicações e identificação precoce de situações de alterações da deglutição por parte dos elementos da equipa multidisciplinar.

A identificação precoce de alterações da deglutição é tão ou até mesmo, mais importante que as avaliações do estado de consciência conforme referem Silva & Grilo (2018) e é fundamental que os elementos da equipa multidisciplinar estejam despertos para a identificação dessas alterações e das suas consequência, o que releva a importância tanto do planeamento como da implementação das intervenções de enfermagem de reabilitação.

No que diz respeito ao objetivo específico, avaliar os resultados dos cuidados de enfermagem de reabilitação implementados, este também foi conseguido todos os doentes foram avaliados pelo menos em dois momentos e foi possível verificar se as intervenções implementadas tinham sido eficazes e em alguns casos procedeu-se à reformulação dos planos de cuidados no sentido de otimizar os resultados nos doentes. A avaliação permitiu verificar a melhoria da função da deglutição em 2 dos doentes incluídos e a ausência de complicações em 3, dos 5 doentes.

Segundo Moreira et al. (2021) através da implementação de programas de enfermagem de reabilitação que visam a reeducação da função alimentação, é expectável, que como resultado, ocorram ganhos em saúde e prevenção de complicações associadas a alterações da deglutição, estando estes ganhos em linha com os objetivos de atuação dos EEER tendo em conta as estratégias compensatórias e terapêuticas.

8. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS E COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

Este capítulo é destinado à análise reflexiva e descritiva das atividades realizadas ao longo do estágio e das competências adquiridas e desenvolvidas. Este percurso incluiu inicialmente uma componente formativa e posteriormente a realização de 2 estágios, tendo o estágio de ortopedia decorrido num serviço de internamento de ortopedia de uma ULS na região centro e o estágio final no serviço de internamento do CRI numa ULS igualmente na região centro.

Como toda a formação permitiu a aquisição de competências é simultaneamente um mestrado e uma especialização, a reflexão foi realizada a partir das competências que estão descritas e que é expectável que sejam adquiridas e desenvolvidas ao longo do processo formativo.

8.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

No seu exercício profissional, de acordo com Deodato (2017), a prática deve seguir um pensamento reflexivo, de modo a assistir a pessoa, respeitando a sua dignidade e direitos fundamentais, estas competências enquadram-se no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal dos EE, conforme refere o Regulamento n.º 140/2019.

De acordo com o regulamento nº140/2019 os EE, devem, na sua atuação profissional, manter uma prática ética e legal, baseada em princípios éticos e na deontologia, tendo em conta as normas legais recomendadas, de modo a assegurar que sua prática respeitam os direitos humanos e a responsabilidade profissional, neste sentido, ao longo dos estágios, garantimos os direitos dos doentes e agimos de acordo com as normas legais, os princípios éticos, de que são exemplo o respeito por cada doente independentemente da condição em que se encontravam e o respeito pela sua autonomia e dignidade tratando os doentes sempre pelo nome no máximo respeito pela sua pessoa.

No âmbito do projeto de intervenção foi ainda elaborado o consentimento informado (apêndice 2), como foi referido na seção dos procedimentos ético-legais, salvaguardando o direito de cada um integrar ou não integrar o projeto de intervenção.

No domínio da melhoria contínua da qualidade, de acordo com o Regulamento nº140/2019, é suposto que os EE, consigam ter um papel dinamizador na equipa multidisciplinar que integram, participando e desenvolvendo programas de melhoria da qualidade, promovendo e contribuindo para uma prática de cuidados baseada na qualidade, promotora de um ambiente seguro e terapêutico para a equipa e doentes. O desenvolvimento e implementação do projeto de intervenção contribuíram para desenvolver esta competência, mobilizando os conhecimentos, baseados na evidência científica, e desta forma intervir na melhoria dos cuidados e garantir um ambiente terapêutico mais seguro. A elaboração da scoping review (apêndice 1), como atividade do projeto de intervenção também contribuiu para a melhoria da

qualidade dos cuidados desenvolvidos, através da identificação das complicações decorrentes na população-alvo da intervenção, permitindo a adoção de medidas preventivas destas mesmas complicações por parte da equipa multidisciplinar.

De referir ainda que, o contexto onde decorreu o estágio final, é um serviço acreditado pelo ministério da saúde, o que facilitou a aquisição de competências neste domínio, uma vez que os processos de certificação e de acreditação promovem o empenho voluntário dos profissionais de saúde na melhoria dos cuidados prestados, incrementando a eficácia e promoção da confiança dos cidadãos nos serviços de saúde, agindo também como motivadores para os outros serviços envolventes na procura da qualidade (Programa de Acreditação, 2017).

No domínio da gestão dos cuidados, de acordo com Regulamento n.º 140/2019, os EE, gerem os cuidados de enfermagem a fim de melhorarem as respostas da equipa multidisciplinar e a articulação na equipa, adaptando a o seu modo de liderar e gerir os recursos existentes, às diferentes situações e contextos, com a finalidade de garantir a qualidade dos cuidados prestados aos doentes.

As competências neste domínio foram adquiridas e desenvolvidas com a gestão dos planos, implementados, tendo em vista a segurança dos doentes e a qualidade dos cuidados prestados. Também permitiram o desenvolvimento desta competência a colaboração com os vários elementos da equipa de cuidados, permitindo a consciencialização da função de cada elemento na equipa e ainda a participação em discussões e momentos de tomada de decisão acerca dos doentes alvo da intervenção, tanto com a própria equipa de enfermagem de reabilitação, como com outros elementos, nomeadamente terapeutas da fala, fisioterapeutas, enfermeiros generalistas, auxiliares de ação médica, equipa médica. A articulação com estes elementos foi sempre em prol da satisfação das necessidades identificadas junto dos doentes e família/cuidadores. A gestão dos recursos, tanto humanos, como materiais foi também inerente a todo este processo, através da gestão dos recursos existente no serviço, necessários para a implementação do projeto de intervenção e restantes planos de cuidados elaborados ao longo dos estágios desenvolvidos, permitiram-nos adaptar e gerir os mesmos de acordo com as necessidades identificadas.

No domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, de acordo com Regulamento n.º 140/2019, os EE, devem "desenvolver o autoconhecimento e a assertividade" (2019, p.4745) e basear "a sua praxis clínica especializada em evidência científica" (2019,

p.4745). A aquisição/desenvolvimento de competências neste domínio foi proporcionada pela oportunidade de realizar 2 estágios em contextos diferentes, sob a supervisão de um EEER. Através da discussão sobre a prática de enfermagem, situação dos doentes e planos de cuidados bem como a discussão sobre as funções do EE na equipa multidisciplinar, das limitações e dificuldades sentidas, permitiram uma consciencialização enquanto EE e elemento ativo e válido na equipa multidisciplinar e como elemento ativo na relação com o doente e família/cuidador, na satisfação das suas necessidades.

A revisitação da teoria de Dorothea Orem foi essencial na relação com o doente/família, para o reconhecimento de que todas as pessoas têm potencial para se autocuidar, no entanto em determinadas circunstâncias, necessitam de suporte para realizar a ação necessária para o conseguirem satisfazer, quer por parte de familiares/cuidadores ou por parte dos profissionais de saúde (Petronilho & Machado, 2017).

Os vários momentos de discussão possibilitados pelos estágios, com os EEER e outros profissionais da equipa multidisciplinar, bem como os momentos de prestação de cuidados de enfermagem, enquanto EE, permitiram um melhor autoconhecimento das principais limitações, mas também dos elementos facilitadores na relação com os doentes, e na relação com a equipa multidisciplinar, sem deixar de salientar que este processo está em constante desenvolvimento ao longo do nosso percurso profissional.

Neste domínio, também é importante referir que os cuidados prestados aos doentes foram sempre baseados na evidência científica, através de uma prática e intervenção baseada e fundamentada pela evidência, que requereu uma vasta pesquisa, capaz de fundamentar as práticas, discutir os casos de cada doente e elaborar planos de cuidados adequados e de qualidade. Para o desenvolvimento desta competência também contribuiu a elaboração da scoping review (apêndice 1) e publicação de um artigo na revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação (REASE), em contexto académico (anexo 12).

8.1 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

De acordo com o Regulamento n.º 392/2019, os EEER devem ser capazes de cuidar dos doentes com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, nos diferentes contextos da prática de cuidados, devendo identificar as necessidades de intervenção de enfermagem de reabilitação, quando os doentes não conseguem executar as suas atividades de vida básicas, devido à sua condição, seja por doença, deficiência, ou limitação, de forma transitória, ou permanente, planeando e implementando um plano de cuidados de enfermagem de reabilitação, com a finalidade de reintegrar o doente e permitir a sua participação na sociedade, bem como a promoção e manutenção da qualidade de vida.

Na aquisição e desenvolvimento desta competência, foram realizadas atividades de avaliação dos doentes, sendo possível a identificação de alterações da funcionalidade, através da utilização de instrumentos de avaliação de enfermagem de reabilitação em uso nos contextos de estágio e a partir desta avaliação levantar diagnósticos de enfermagem e posteriormente elaborar planos de intervenção dirigidos à necessidades e disfunções identificadas. Essas disfunções nos doentes requereram cuidados de reeducação funcional cardiorrespiratória, motora, cognitiva e da alimentação, com a finalidade otimizar as funções que se encontram alteradas. A avaliação dos resultados das intervenções implementadas e quando necessário a reformulação do plano de intervenção, de modo a atingir os resultados esperados e que permitiram aos doentes e em alguns casos família evoluírem no seu autocuidado e assim melhorarem a sua situação de saúde. Tendo sempre em conta não apenas as capacidades e tolerância de cada pessoa, mas também a sua singularidade (Pestana, 2017).

Os EEER detêm conhecimentos e as competências, que lhe permitem intervir de acordo com as necessidades identificadas e desenvolver programas de reeducação funcional, promovendo a qualidade de vida, reintegração e a participação social, identificando necessidades especificas da funcionalidade e fatores facilitadores para a realização das AVDs. Avaliam aspetos que podem interferir com os processos adaptativos e de transição, quando ocorrem alterações da funcionalidade e alterações da capacidade para realizar o autocuidado, concebem planos que promovam a maximização das capacidades funcionais e adaptativas, planeiam os resultados esperados e metas a atingir conjuntamente com os doentes, promovendo a autonomia, qualidade de vida e participação na sociedade (MCEER, 2018).

No âmbito do projeto de intervenção, visível na elaboração deste relatório, identificamos uma problemática, procedemos à recolha de informação com o uso dos métodos de recolha de dados e instrumentos de avaliação selecionados, identificamos as necessidades específicas dos doentes, com levantamento dos diagnósticos de enfermagem de reabilitação. Elaboramos planos de intervenção e operacionalizamos os mesmos, para otimizar a capacidade funcional dos doentes com compromisso da deglutição, e/ou minimizar o impacto da perda da mesma, promovendo o processo de transição dos doentes no processo de saúde/doença e/ou incapacidade, promovendo o autocuidado. Como abordado no capítulo dos resultados, promovemos vários momentos de avaliação junto dos doentes e quando necessário reformulamos os planos de intervenção, procuramos otimizar estes, com a finalidade de atingir os resultados esperados, de acordo com a necessidades de intervenção identificadas e procuramos reduzir os riscos, promover/minimizar a perda da funcionalidade e contribuir para a redução de complicações nos doentes com compromisso da deglutição, através da elaboração de um programa de reeducação da função da deglutição, sem negligenciar outras alterações identificadas, através de programas de treino de funcionalidade.

De acordo com o Regulamento n.º 392/2019, os EEER devem capacitar os doentes, facilitando a reinserção e exercício da cidadania dos mesmos. Capacitar, tendo como linha orientadora o referencial teórico de Dorothea Orem, em que o autocuidado é entendido como uma capacidade, alterada muitas vezes por desvios de saúde, em que os EEER identificam os défices do autocuidado, organizam, planeiam as intervenções e avaliam os resultados, capacitando os doentes para o seu autocuidado, através da teoria dos sistemas de enfermagem, que inclui ações totalmente compensatórias, parcialmente compensatórias e ações educativas por parte deste, tendo em vista o processo de capacitação para o autocuidado (Reis & Bule, 2017).

Para aquisição e desenvolvimento desta competência a teoria de Dorothea Orem foi estruturante, tendo permitido fundamentar a intervenção de enfermagem de reabilitação com base nos modelos de Orem explorados em capítulos anteriores. A excelência do exercício de enfermagem de reabilitação, traz ganhos em saúde, quer através da prevenção de incapacidades, ou através da recuperação das capacidades restantes, procurando potenciar a autonomia do doente (Gaspar, Loureiro, & Novo, 2021).

Nos ensinos clínicos, foi possível elaboramos e implementarmos de programas de treino de AVDs, que visaram à adaptação do doente com limitações da mobilidade e maximização da sua

autonomia, capacidade para o autocuidado, qualidade de vida e promoção da mobilidade, acessibilidade e participação social, sendo que foram realizados vários treinos de AVDs, com recurso a ajudas técnicas e dispositivos de compensação o que permitiu a aquisição e desenvolvimento desta competência.

No estágio de reabilitação realizamos vários ensinos e treinos de AVDs aos doentes com alterações da funcionalidade motora, como doentes com fratura da coluna lombar, fraturas do fémur, calcâneos. Realizamos ensinos aos doentes e família sobre os riscos do pré e do pós-operatório e cuidados a ter, sobre realização das AVDs e preparação para a alta (cuidados a ter no domicílio, risco de queda, barreiras arquitetónicas, perigos do ambiente físico), com a respetiva supervisão. Os treinos tiveram recurso a produtos de apoio e compensatórios, como andarilhos e canadianas e uso de coletes ortopédicos de jewett no caso dos doentes com fratura da coluna lombar.

No serviço de internamento do CRI, realizamos treinos de AVDs aos doentes com alteração da capacidade funcional, das diferentes funções, cardíaca, motora, cognitiva, respiratória, da eliminação e da alimentação, tendo sido implementados treinos de AVDs e os ensinos necessários (uso dos auxiliares de marcha, risco de queda, cuidados a ter após a alta) e utilizados os produtos de apoio necessários nos programas implementados, como andarilhos e canadianas, pedaleiras, bandas elásticas, pesos, bastão.

Através dos programas de treino de reeducação da função alimentação, no âmbito do projeto de intervenção, procuramos capacitar os doentes para o autocuidado, e maximizar a sua funcionalidade e adaptação, assim, treinamos os doentes sobre técnicas e estratégias para uma deglutição segura e eficaz, o que incluiu ensinos sobre técnicas de tosse eficaz, ensinos sobre a dieta a adotar face ao tipo de disfagia, para minimizar os riscos de engasgamento e episódios de aspiração, cuidados a ter no domicilio, implementamos intervenções compensatórias, como ensinos e adoção de posturas compensatórias durante as refeições, intervenções terapêuticas, que incluíram ensinos e adoção de manobras de deglutição, como a manobra de dupla deglutição, promotoras de uma deglutição segura e eficaz, realizamos treinos de AVDs. Os treinos de AVDs que realizamos incluíram, treino uso do sanitário, toalete, transferências, marcha, subir e descer escadas, vestir e despir, treinos de eliminação e de alimentação, com o objetivo de promover uma adaptação dos doentes e família face a uma situação de transição saúde/doença e maximizar a sua autonomia, capacidade para o autocuidado e qualidade de

vida, num ambiente seguro tendo em conta a alteração da funcionalidade e o seu projeto de saúde.

Para além da realização dos ensinos clínicos e implementação do projeto de intervenção, foi também possível realizarmos 2 dias de observação na unidade de treino de AVDs no centro de medicina de reabilitação de Alcoitão, onde podemos observar a equipa de EEER a atuar junto dos doentes e família/cuidadores, com alterações da funcionalidade, implementando vários treinos de AVDs, com os respetivos ensinos e supervisão, com recurso a produtos de apoio e compensatórios, e inclusive, na adaptação do domicílio e pedidos de apoio a que o doente tem direito, tendo em conta a legislação vigente.

De acordo com o Regulamento n.º 392/2019, os EEER devem interagir com os doentes, desenvolvendo atividades que lhes permitam maximizar as suas capacidades funcionais e que lhes permitam um melhor desempenho motor, cardíaco e respiratório, promovendo o rendimento e o desenvolvimento pessoal dos mesmos.

Os EEER, concebem planos de cuidados que promovem a maximização das capacidades funcionais e adaptativas, a nível motor, cognitivo, cardiorrespiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade, promovendo a qualidade de vida, reintegração e a participação social dos doentes (MCEER, 2018), isto através de programas de reeducação funcional, conjuntamente com os doentes e com a família/cuidador.

Através da operacionalização do projeto de intervenção e cuidados de enfermagem de reabilitação que prestamos ao longo dos ensinos clínicos, concebemos e implementamos programas reeducação funcional a nível motor, cardíaco e respiratório e avaliar, e reformulamos estes em função dos resultados esperados, com a supervisão de um EEER, fundamentando sempre a nossa intervenção na evidência científica e autores recomendados, bem como tendo em conta as características e necessidades específicas dos doentes, bem como o seu projeto de saúde, procurando maximizar as suas capacidades funcionais. Os programas incluíram momentos de avaliação, em que através dos métodos de recolha de dados e instrumentos de avaliação escolhidos, avaliamos os resultados obtidos, podendo o programa ser alvo de reformulações.

8.2 COMPETÊNCIAS DE MESTRE

De acordo com o Decreto-Lei n.º 65/2018, que diz respeito aos graus académicos e diplomas do ensino superior, o grau de mestre é concebido aquele que demonstrar, possuir:

- Conhecimentos e capacidades para compreender a um nível que, tendo em conta os conhecimentos obtidos na licenciatura, consigam desenvolvimentos, de modo original, no seu contexto de investigação;
- Face a situações desconhecidas e contextos alargados, saber, aplicar as suas capacidades de compreensão e de resolução de problemas, dentro da sua área de investigação;
- Face a situações em que tenha informação incompleta e/ou limitada, ter a capacidade para aplicar os seus conhecimentos e lidar com situações complexas, criando soluções e emitindo juízos, refletindo sobre as responsabilidades e implicações éticas e socias que advenham destas;
- Capacidades para divulgar as conclusões, de uma forma clara e os conhecimentos subjacentes às mesmas, a especialistas e não especialistas;
- Deve deter as competências que lhe permitam aprendizagens ao longo da vida de modo auto-orientado e autónomo.

Para a aquisição e desenvolvimento das competências de mestre, o contribuíram todo o percurso que se desenrolou até esta fase foi essencial, desde a fase de formação teórica, até ao momento da realização dos estágios, com a possibilidade de elaborarmos e operacionalizarmos um projeto de intervenção, após identificarmos de uma problemática e elaboramos o presente relatório.

Após identificarmos a problemática alvo do projeto de intervenção, através das ferramentas que foram adquiridas, ao longo do percurso, que irá culminar na obtenção do título de mestre em enfermagem, realizamos uma pesquisa, tendo como base evidência científica existente dentro da nossa área de especialidade, tendo sindo inclusivamente elaborada uma scoping review (apêndice 2), para aprofundarmos os conhecimentos sobre a problemática, com a finalidade de obtermos uma resolução/solução para a problemática em estudo e posteriormente através da capacidade de mobilização dos conhecimentos que adquirimos, tendo presentes os procedimentos ético-legais, e os direitos fundamentais do doente e

família/cuidadores, intrínsecos a este tipo de investigação, foi possível intervirmos, e através do presente relatório, foi possível desenvolvermos a capacidade de comunicar e discutirmos os resultados da nossa investigação, culminando na aquisição de competência que nos irão acompanhar futuramente na prática profissional.

9. CONCLUSÃO

Este relatório final, desenvolvido no âmbito do Mestrado em Enfermagem, na área de especialização de enfermagem de reabilitação de acordo com o seu objetivo principal, devia espelhar as atividades desenvolvidas e o processo de aquisição de competências de enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação e de mestre em enfermagem num processo para o qual contribuiu significativamente a operacionalização do projeto de intervenção, intitulado de "Compromisso da deglutição na pessoa com alterações neuromusculares: prevenção de complicações". A implementação potenciou e permitiu desenvolver as atividades descritas ao longo deste relatório, bem como a aquisição das competências propostas, não deixando de referir também o contributo de todo o percurso académico que se desenrolou até esta fase, e a realização dos estágios, nomeadamente, "Estágio em Enfermagem de Reabilitação" e "Estágio Final".

Ao longo dos capítulos deste relatório também foi descrita a nossa perspetiva do contexto onde decorreu o estágio final e de certa forma como é que nos envolvemos nesse contexto, identificando uma situação problemática para a qual procuramos contribuir no sentido de a minimizar quer pela via da revisão teórica do tema, quer pelo planeamento das atividades e a sua implementação, tendo em conta os procedimentos ético-legais, e a análise e reflexão sobre os resultados. Todo este processo permitiu o desenvolvimento do pensamento crítico e reflexivo, acerca da intervenção dos EEER e acerca das competências de mestre necessárias para que a prestação de cuidados a pessoas com défices de autocuidado e alterações da funcionalidade ou em risco de sofrerem alterações, que possam beneficiar de cuidados de qualidade que se traduzam em ganhos em saúde para os doentes.

As principais limitações sentidas foram a duração dos períodos de internamento, que por vezes eram muito reduzidos, o que limitava os momentos de intervenção com doentes devido

à disponibilidade de turnos realizados no serviço, mas que não comprometeu os objetivos propostos.

No que se refere à prevenção de complicações, este tema ainda não é muito explorado pelo que deixamos a sugestão que sejam realizados mais estudos nesta área.

Por tudo o que foi descrito podemos concluir que objetivo geral deste relatório que era descrever o processo de aquisição de competências de enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação e de mestre foi atingido.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abubakar, S. A., & Jamoh, B. Y. (2017). Dysphagia Following Acute Stroke and Its Effect on Short-term Outcome. *Nigerian Postgraduate Medical Journal*, *24*(3), 182–186. https://doi.org/10.4103/npmj.npmj

Andrade, P. A., Santos, C. A. Dos, Firmino, H. H., & Rosa, C. de O. B. (2018). The importance of dysphagia screening and nutritional assessment in hospitalized patients. *Einstein (Sao Paulo, Brazil)*, *16*(2), eAO4189. https://doi.org/10.1590/S1679-45082018AO4189

Baroni, A. F. F. B., Fábio, S. R. C., & Dantas, R. O. (2012). Risk Factors for Swallowing Dysfunction in Stroke Patients. *Arq Gastroenterol*, *49*, *Nº2*, 118–124. https://doi.org/10.1590/s0004-28032012000200005

Benzecry, G., Silva, B. P., Foliene, A. C., Marques, K., Sousa, R. De, & Maria, D. (2020). Prevalência E Fatores Associados à Disfagia em Idosos: Uma revisão. *Disciplinarum Scientia: Ciências Da Saúde*, *21*(2), 1–10. https://doi.org/https://doi.org/10.37777/dscs.v21n1-024

Braga, R. (2017a). Avaliação da Função Deglutição. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (1ª Edição, pp. 181–188). Loures: Lusodidacta.

Braga, R. (2017b). Reedução da Deglutição. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (1ª Edição, pp. 263–270). Loures: Lusodidacta.

Branco, C., & Portinha, S. (2017). *Disfagia no Adulto - da teoria à prática* (1ª Edição). Lisboa: PAPA-LETRAS.

Deodato, S. (2017). Ética nos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 35–41). Loures: Lusodidacta.

Domingos, A., & Veríssimo, D. (2014). *Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Deglutição*

Comprometida". Retrieved from https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/projectos/Documents/Projetos_Melhoria_Qualidade_Cuidados_Enfermagem/CHMedioTejo_ProjetoDegluticao.pdf

Ferreira, A. M. da S. (2017). *Avaliação da deglutição com a aplicação da Escala GUSS : contribuição da enfermagem de reabilitação* (Universidade de Évora). Universidade de Évora. Retrieved from http://rdpc.uevora.pt/bitstream/10174/21775/1/Mestrado - Enfermagem - Alexandra Maria da Silva Ferreira - Avaliação da deglutição com aplicação da Escala Guss....pdf

Fortin, M. F., Côté, J., & Filion, F. (2009). Fundamentos e etapas do processo de investigação. In M. F. Fortin, J. Côté, & F. Filion (Eds.), *Fundamentos e etapas do processo de investigação* (1ª edição). Loures: Lusodidacta.

Gaspar, L., Loureiro, M., & Novo, A. (2021). Exercício profissional dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação. In O. Ribeiro (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação - Conceções e Práticas* (1ª Edição, pp. 12–18). Lisboa: LIDEL.

Gaspar, M. do R. de F., Pinto, G. de S. A., Gomes, R. H. S., Santos, S. R., & Leonor, V. D. (2015). Evaluation of quality of life in patients with neurogenic dysphagia. *CEFAC*, *17*(6), 1939–1945. https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/1982-0216201517619114

Gleen-Molali, N. H. (2011). Alimentação e Deglutição. In S. P. Hoeman (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação - Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados* (4ª Edição, pp. 295–317). Loures: Lusodidacta.

Guerra, N. E. H. (2018). *Dotações de Enfermagem impacto na segurança dos cuidados de saúde*. Universidade Católica Portuguesa.

INE. (2020). Projeções de População Residente 2018 - 2080. In *Destaque informação à Comunicação Social*.

INE. (2022). Portal do Instituto Nacional de Estatísticas. Retrieved from http://www.ine.pt

International Council of Nurses (2016). CIPE Versão 2015 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Edição Portuguesa - Ordem dos Enfermeiros - maio de 2016. Loures:

Lusodidacta

Jardine, M., Miles, A., & Allen, J. (2020). Spotlight on Older Adults in Swallowing Research. *OBM Geriatrics*, *4*(4). https://doi.org/10.21926/obm.geriatr.2004146

Marques-Vieira, C., Amaral, T., & Pontifíce-Sousa, P. (2017). Contributos para um Envelhecimento Ativo. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (1ª Edição, pp. 525–534). Lisboa: LIDEL.

Mesa do Colegio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. (2016). *Instrumentos de colheita de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Retrieved from https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf

Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (2015). Padrão documental nos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. In *Ordem dos Enfermeiros*. Retrieved from http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEEReabilitacao.pdf

Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (2018). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação. *Ordem Dos Enfermeiros*, pp. 1–19. Retrieved from https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8141/ponto-4_regulamento-dos-padrões-qualidade-ceer.pdf

Ministério da Saúde. Portaria n.º 330/2017, de 31 de outubro. Diário da República n.º 210/2017, Série I de 2017-10-31 (2017).

Moreira, A., Neves, H., Lucas, N., Silva, R. A., & Galante, S. (2021). Programa para a reedução da função alimentação. In O. Ribeiro (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação - Conceções e Práticas* (1ª Edição, pp. 550–563). Lisboa: LIDEL.

Moreira, S. (2012). *Tradução e validação da EAT-10 e da FOIS para o Português* (Universidade de Aveiro). Universidade de Aveiro. Retrieved from https://ria.ua.pt/bitstream/10773/9728/1/tese_sonia moreira.pdf

Nações Unidas (ONU Portugal). (2019). Envelhecimento. Retrieved from https://unric.org/pt/envelhecimento/

Norma nº 008/2019 de 09/12/2019. Direção-Geral de Saúde (2019).

Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Guia Orientador de Boas Práticas - Cuidados à Pessoa com Alterações da Mobilidade - Posicionamentos, Transferênciase Treino de Deambulação* (Vol. 1, Nº7). Ordem dos Enfermeiros. Retrieved from https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/GOBP_Mobilidade_VF_site.pdf

Petronilho, F., & Machado, M. (2017). Teorias de Enfermagem e Autocuidado: Contributos para a Construção do Cuidado de Reabilitação. In C. Marques-Vieria & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (1ª Edição, pp. 3–15). Loures: Lusodidacta.

Pontes, É. S., Amaral, A. K. de F. J. do, Rêgo, F. L. C. do, Azevedo, E. H. M., & Silva, P. O. C. (2017). Quality of life in swallowing of the elderly patients affected by stroke. *Arquivos de Gastroenterologia*, *54*(1), 27–32. https://doi.org/10.1590/s0004-2803.2017v54n1-05

PORDATA. (2021). Portal PORDATA. Retrieved from https://www.pordata.pt/Portugal/Esperança+de+vida+à+nascença+total+e+por+sexo+(base+triénio+a+partir+de+2001)-418

Programa de Acreditação. (2017). Retrieved from https://www.sns.gov.pt/noticias/2017/01/06/programa-de-acreditacao/

Queirós, P. J. P., Vidinha, T. S. dos S., & Almeida Filho, A. J. d. (2014). Autocuidado : o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, *IV-Nº3*, 157–164. https://doi.org/http://dx.doi.org/10.12707/RIV14081

Radwanski, M. L. (2011). Enfermagem de Reabilitação Gerontológica. In S. P. Hoeman (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação - Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados* (4ª Edição, pp. 695–714). Loures: Lusodidacta.

Regulamento n.º 140/2019. Diário da República, 2ª série - 6 de Fevereiro de 2019 (2019).

Regulamento n.º 392/2019. Diário da República, 2ª série - n.º 85 - 3 de maio de 2019 (2019).

Regulamento n.º 743/2019. , Diário da República, 2.ª série - 25 de Setembro de 2019 § (2019).

Reis, G., & Bule, M. J. (2017). Capacitação e Atividade de Vida. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (1ª Edição, pp. 57–66). Loures: Lusodidacta.

Ribeiro, O., Faria, A., & Ventura, J. (2021). Processo de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação, Classificações e Sistemas de Informação. In O. Ribeiro (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação - Conceções e Práticas* (1ª Edição, pp. 58–66). Lisboa: LIDEL.

Ribeiro, O., Moura, M. I., & Ventura, J. (2021). Referenciais Teóricos orientadores do exercício profissional dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação. In O. Ribeiro (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação - Conceções e Práticas* (1ª Edição, pp. 48–57). Lisboa: LIDEL.

Santos, M. (2021). A gestão e a Liderança em serviços de enfermagem de reabilitação. In O. Ribeiro (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação - Conceções e Práticas* (1ª Edição, pp. 19–27). Lisboa: LIDEL.

Silva, P. C. L., & Grilo, E. N. (2018). REEDUCAÇÃO FUNCIONAL DA PESSOA COM DEGLUTIÇÃO COMPROMETIDA: ESTUDO DE CASO. *Revista Portuguesa Enfermagem de Reabilitação*, *1 Nº2*, 49–59. https://doi.org/https://doi.org/10.33194/rper.2018.v1.n2.02.4417

Silva, T. M. da C. (2017). *Método de Trabalho de Enfermeiro Responsável - Melhoria da Qualidade* (ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO). ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO. Retrieved from http://hdl.handle.net/10400.26/20881

Tagliaferri, S., Lauretani, F., Pelá, G., Meschi, T., & Maggio, M. (2019). The risk of dysphagia is associated with malnutrition and poor functional outcomes in a large population of outpatient older individuals. *Clinical Nutrition*, *38*, 2684–2689.

https://doi.org/10.1016/j.clnu.2018.11.022

Ventura, J., Martins, M. M., Trindade, L. de L., & Ribeiro, O. (2021). Processo de Trabalho dos Enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação. In O. Ribeiro (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação - Conceções e Práticas* (1ª Edição, pp. 28–33). Lisboa: LIDEL.

World Gastoenterology Organisation. (2014). Disfagia: Diretrizes e cascatas mundiais. In *Revista de Gastroenterologia de Mexico*. Retrieved from https://www.worldgastroenterology.org/UserFiles/file/guidelines/dysphagia-portuguese-2014.pdf

World Gastroenterology Organisation. (2014). Dysphagia - Global Guidelines & Cascades. *World Gastroenterology Organisation*, (September), 1–22. Retrieved from https://www.worldgastroenterology.org/guidelines/global-guidelines/dysphagia/dysphagia-english

Yin, R. K. (2001). *Estudo de Caso: Planejamento e métodos* (2ª Edição). Porto Alegre: Bookman.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – RESUMO "COMPLICAÇÕES ASSOCIADAS AO COMPROMISSO DA DEGLUTIÇÃO EM DOENTES HOSPITALIZADOS"

Resumo Objetivo: Identificar as complicações associadas ao compromisso da deglutição em doentes hospitalizados.

Introdução: A deglutição é um processo complexo e fundamental para manutenção da vida e bem-estar da pessoa. Quando se encontra alterado, designa-se por disfagia, um processo em existe dificuldade no processo deglutição, podendo ter várias causas na sua origem e podendo levar a complicações para o doente.

Critérios de inclusão: Artigos que incluam pessoas com compromisso da deglutição de etiologia neuromuscular, hospitalizadas; que mencionem complicações associadas a esse compromisso; que tenham sido publicados nos últimos 10 anos, disponíveis em free full-text, idioma português, inglês e espanhol e publicados na área da saúde.

Método: A scooping review, foi o método selecionado para a elaboração deste artigo, uma vez que se pretende mapear e extrair evidência acerca das complicações associadas ao compromisso da deglutição. Para a pesquisa foram selecionadas as bases de dados B-ON, Google Académico, Pubmed e Scielo. Discussão: Foram identificadas as seguintes complicações, associadas à disfagia, impacto nutricional/risco de malnutrição, pneumonia de aspiração, com aumento da mortalidade e alterações na qualidade de vida do doente.

Conclusão: O compromisso da deglutição, nomeadamente a disfagia, trata-se de uma situação complexa e com consequência graves para o doente hospitalizado. Uma abordagem precoce permite prevenir possíveis complicações.

Palavras-chave: deglutição, transtornos de deglutição, hospitalização

APÊNDICE 2 - DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO UTILIZADA NO ESTUDO

Consentimento informado

No âmbito do mestrado de enfermagem em associação, na área de especialização em Enfermagem de Reabilitação, a decorrer na Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, da Universidade de Évora, estou a realizar um projeto de intervenção intitulado de "Compromisso da deglutição na pessoa com alterações neuromusculares: prevenção de complicações", a ser implementado ao longo do Estágio Final a decorrer neste serviço.

Este tem como população alvo, doentes internados no mesmo, que necessitem de cuidados de enfermagem de reabilitação e que apresentaram compromisso da deglutição, tendo como objetivo contribuir para a redução de complicações associadas ao compromisso do reflexo da deglutição, nas pessoas com alterações neuromusculares.

As intervenções de enfermagem de reabilitação a implementar aos participantes do projeto são: avaliar a capacidade de deglutição; monitorizar a deglutição através os instrumentos de avaliação escolhidos; executar técnicas de deglutição; gerir e planear a dieta ao longo do internamento de acordo com a capacidade de deglutição; supervisionar a deglutição; avaliar conhecimento sobre exercícios de deglutição; ensinar sobre os exercícios e técnicas de deglutição; instruir e treinar técnicas e exercícios de deglutição; cinesiterapia respiratória.

Após ler a informação exposta anteriormente e, divulgada pela responsável do projeto, caso tenha alguma dúvida, sinta-se na liberdade de solicitar mais informação.

Consentimento informado:

Declaro ter sido informado do projeto de intervenção da Enfermeira Inês Correia Chaves Barrento Pereira, acima descrito, e, de ter compreendido as informações verbais que me foram fornecidas.

Foi-me garantida a possibilidade de que, em qualquer altura, poderia recusar participar no projeto de intervenção, sem qualquer tipo de consequências. Foi-me garantido o anonimato e a confidencialidade das informações fornecidas a meu respeito.

Declaro também que aceito a sua intervenção em termos de cuidados de enfermagem de reabilitação supervisionados por uma enfermeira especialista com a confiança de a mesma é benéfica e não acarreta malefícios e aceito que os resultados dessa intervenção sejam descritos no relatório de estágio e apresentados na discussão pública do mesmo.

Desta forma, aceito participar neste estudo/ aceito a participação do meu familiar neste estudo, permitindo a utilização dos dados que de forma voluntária serão fornecidos, apenas

para esta investigação e confiando nas garantias de confidencialidade e anonimato que me foram dadas pelo investigador.

Assinatura participante:

Data:

Assinatura de quem pede o consentimento:

Enfermeira Inês Correia Chaves Barrento Pereira (cédula profissional nº: 89728)

Contacto: inesccbpereira@gmail.com

ANEXOS

ANEXO 1 – DECLARAÇÃO ACEITAÇÃO DA ORIENTAÇÃO

Declaração

Eugénia Nunes Grilo, professora adjunta do Instituto Politécnico de Castelo Branco, para os devidos efeitos declara que orienta a estudante do Mestrado em Enfermagem Inês Correia Chaves Barrento Pereira no seu Relatório de Estágio intitulado "Compromisso da deglutição na pessoa com alterações neuromusculares: prevenção de complicações".

Castelo Branco, 16 de setembro de 2021

Eugénia Nunes Grilo (PhD)

Assinado por: EUGÉNIA NUNES GRILO
Identificação: BI04378354
Data: 2021-09-16 às 14:28:44

~

ANEXO 2 – MINI MENTAL STATE EXAMINATION

Anexo IV – *MINI MENTAL STATE EXAMINATION* (MMSE)

1. **Orientação** (1 ponto por cada resposta correta)

Em que anos estamos? _____
Em que mês estamos? _____
Em que dia do mês estamos? _____
Em que dia da semana estamos? _____
Em que estação do ano estamos? _____
Em que país estamos? _____
Em que distrito vive? _____
Em que terra vive? _____
Em que casa estamos? _____
Em que andar estamos? _____

2. **Retenção** (contar 1 ponto por cada palavra corretamente repetida)

"Vou dizer três palavras, queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas, procure ficar a sabe-las de cor".
Pera _____
Gato _____
Bola _____

3. **Atenção e Cálculo** (1 ponto por cada resposta correta, se der uma resposta errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como corretas).

"Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar".
27_24_21_18_15

4. **Evocação** (1 ponto por cada resposta correta)

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".

Pera _____
Gato _____
Bola _____

5. **Linguagem** (1 ponto por cada resposta correta)

a) "Como se chama isto?" Mostrar os objetos:

Relógio _____
Lápis _____

b) "Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA"

Alameda D. Afonso Henriques, 45 | 1049-005 Lisboa – Portugal | Tel: +351 21 843 05 00 | Fax: + 351 21 843 05 30 | E-mail: geral@dgs.min-saude.pt | www.dgs.pt

c) "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa", dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita _____
Dobra ao meio _____
Coloca onde deve _____

d) "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar o cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS", sendo analfabeto lê-se a frase.

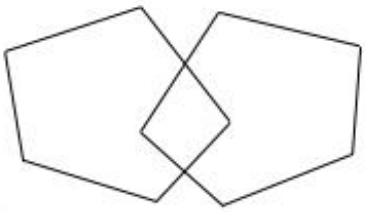
Fechou os olhos _____

e) "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

FRASE:

6. **Habilidade Construtiva** (1 ponto pela cópia correta)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.



Cópia:

TOTAL (máximo 30 pontos): _____

Escala de normalidade em função da escolaridade:

- Analfabetos ≥ 15 pontos
- Entre 1 a 11 anos de escolaridade ≥ 22 pontos
- Mais de 11 anos de escolaridade ≥ 27 pontos

Fonte: Morgado, J. Rocha, C.S. Maruta, C. Guerreiro, M. Martins, I.P. Novos Valores Normativos do *Mini-Mental State Examination*. Revista Sinapse. 2009, Vol 9 (2), pp. 10-16.

Fonte: Norma nº 008/2019 (p.20).

ANEXO 3 – ESCALA DE GUSS

ESCALA GUSS (Gugging Swallowing Screen)

Instrumento de Triagem da Disfagia

1ª FASE- Avaliação Preliminar/ Teste indireto da deglutição

	SIM	NÃO
Vigilância: Paciente alerta por mais de 15 minutos	1	0
Tosse voluntária e/ou *clearence* Tosse voluntária/Deve tossir ou limpar pelo menos 2x a garganta	1	0
Deglutição de Saliva		
• Deglute com êxito	1	0
• Sialorreia	0	1
• Mudança vocal	0	1

TOTAL ☐

Score:
1 a 4 – Parar na 1ª fase
5 – Continuar para a 2ª fase

2ªFASE - Teste direto da deglutição

	*Pastoso→	**líquidos→	***sólidos
DEGLUTIÇÃO			
• A ingestão não é possível	0	0	0
• Aumento do tempo de deglutição (>2seg) (sólidos texturas >10seg)	1	1	1
• Ingestão de sucesso	2	2	2
TOSSE (involuntária/reflexa) Antes, durante e apos a deglutição – até 3 min mais tarde			
• SIM	0	0	0
• NÃO	1	1	1
SIALORREIA			
• SIM	0	0	0
• NÃO	1	1	1
ALTERAÇÃO DA VOZ Ouvir a voz do doente antes e depois de engolir – deve falar: "Oh"			
• SIM	0	0	0
• NÃO	1	1	1
	Soma 1-4 Pesquisar 5- Continuar liquido	**Soma 1-4 pesquisar 5- Continuar sólido**	**Soma 1-4 -Pesquisar 5- Normal**

☐ + ☐ = ☐

RESULTADOS/score	GRAVIDADE	RECOMENDAÇÕES
20 SEMI-SOLIDO/SOLIDO e texturas sólidas bem sucedidas	**Sem disfagia** Risco mínimo de aspiração	**Dieta normal** Líquidos - sem restrição Primeira vez- com profissional especializado ou enfermeiro com formação/treino
15-19 Alimentos pastosos e Líquidos bem sucedidos Sólido mal sucedido	**Disfagia ligeira** Baixo risco de aspiração	**Dieta pastosa** •Líquidos muito lentamente - um gole de cada vez • Avaliações funcionais da deglutição como a avaliação endoscópica de fibra óptica Deglutição (FEES) ou Avaliação videofluoroscópica da deglutição (VFES) • Consultar a Terapeuta Fala
10-14 PASTOSA bem sucedida LÍQUIDOS mal sucedidos	**Disfagia Moderada** existe risco de aspiração	**Dieta:** • Texturas pastosas, e alimentação enteral/parental adicional • Líquidos com espessante • Comprimidos devem ser triturados e misturados com um líquido espesso • Não administrar medicamentos líquidos! • Além disso recomenda-se avaliações funcionais de deglutição (FEES), (VFES) • Consultar a Terapia Fala Suplemento pela sonda nasogastrica ou parenteral
0-9 PASTOSA mal sucedida	**Disfagia Grave** Alto risco de aspiração	NPO (nada por via oral) • Além disso avaliações funcionais de deglutição (FEES), (VFES) • Consultar a Terapeuta Fala Suplemento pela sonda nasogastrica ou parenteral

A Escala GUSS, é uma ferramenta para o despiste da disfagia, composta po: fases:

- Fase 1- avaliação preliminar/ avaliação indireta da deglutição;
- Fase 2- avaliação direta da deglutição.

As avaliações devem ser realizadas sequencialmente, porque a pontuação da avaliação indireta é que permite realizar a direta.

A avaliação indireta é composta por 3 itens: Vigília; Tosse limpeza da garganta; Engolir a saliva (sub itens), pontuados pelo "normal-aceitável" (1 ponto) ou "anormal-não aceitável" (0). O somatório da pontuação vai de 1 a 5, indo do pior para o melhor desempenho. Só com a máxima pontuação (5) é que se passa para a avaliação direta.
A avaliação direta é composta por 4 itens: Deglutição; Tosse involuntária; Sialorreia; Alteração vocal (sub itens), todos eles são pontuados pelo "normal-aceitável" com (1 ponto), ou "anormal-não aceitável" com (0), com exceção do item Deglutição em que (0) corresponde ao não deglutir, (1 ponto) atraso da deglutição e com (2 pontos) para a deglutição sem alterações. Esta avaliação direta é constituída por 3 sub testes realizados sequencialmente, começando com a textura pastosa, seguida de líquida e por fim a sólida. Também o somatório da pontuação vai de 1 a 5, indo do pior para o melhor desempenho. A pontuação máxima pontuação (5), é pré-condição para passar a avaliação das diferentes texturas.

A pontuação obtida indica a severidade do risco da disfagia, pelo que permitirá ao enfermeiro implementar intervenções, que vão desde "não fazer qualquer administração oral"; adequar a dieta para ser administrada por via oral; providenciar suplemento nutricional; sinalizar para uma avaliação mais diferenciada e instrumental através da videofluoroscopia ou videoendoscopia.

Fonte: Ferreira (2017, p.127);

ANEXO 4 – ESCALA DE FOIS

Functional Oral Intake Scale (FOIS) [1]

Escala Funcional de Ingestão por via Oral

Dependentes de Sonda (níveis 1-3)

1. Incapacidade de ingestão por via oral
2. Dependente da sonda com ingestão por via oral residual
3. Ingestão por via oral com suplementos por sonda

Ingestão total por via oral (níveis 4-7)

4. Ingestão total por via oral de uma única consistência
5. Ingestão total por via oral de várias consistências que necessitam de preparação específica
6. Ingestão total por via oral sem preparação específica mas com restrição para alguns alimentos específicos e alguns líquidos
7. Ingestão total por via oral sem quaisquer restrições

Fonte: Moreira (2012, p.51).

ANEXO 5 – INDICE DE BRATHEL

1.Alimentação
Independente ..... ❑10
Precisa de alguma ajuda (por exemplo para cortar os alimentos) ..... ❑ 5
Dependente ..... ❑ 0

2.Transferências
Independente ..... ❑15
Precisa de alguma ajuda ..... ❑10
Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se ..... ❑ 5
Dependente, não tem equilíbrio sentado ..... ❑ 0

3.Toalete
Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes ..... ❑ 5
Dependente, necessita de alguma ajuda ..... ❑ 0

4.Utilização do WC
Independente ..... ❑10
Precisa de alguma ajuda ..... ❑ 5
Dependente ..... ❑ 0

5.Banho
Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda) ..... ❑ 5
Dependente, necessita de alguma ajuda ..... ❑ 0

6. Mobilidade
Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses) ..... ❑15
Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda ..... ❑10
Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas ..... ❑ 5
Imóvel ..... ❑ 0

7.Subir e Descer Escadas
Independente, com ou sem ajudas técnicas ..... ❑10
Precisa de ajuda ..... ❑ 5
Dependente ..... ❑ 0

8.Vestir
Independente ..... ❑10
Com ajuda ..... ❑ 5
Impossível ..... ❑ 0

9.Controlo Intestinal
Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar ..... ❑10
Acidente ocasional ..... ❑ 5
Incontinente ou precisa de uso de clisteres ..... ❑ 0

10.Controlo Urinário
Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algália sozinho ..... ❑10
Acidente ocasional (máximo uma vez por semana) ..... ❑ 5
Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho ..... ❑ 0

TOTAL	

NORMA
DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE

Escala de Barthel – Instruções

GERAIS
O índice deverá ser usado como um registo do que o doente faz, NÃO como um registo do que o doente poderia fazer.
O principal objectivo é determinar o grau de independência sem qualquer ajuda, física ou verbal, por mínima e qualquer razão que seja.
A necessidade de supervisão implica a classificação de NÃO independente.
As performances do doente deverão ser estabelecidas segundo a melhor prova disponível. A fonte habitual será o inquérito ao doente, amigos/ familiares e enfermeiros, mas também são importantes a observação directa e o senso comum. No entanto, comprovação directa não é necessária.
Geralmente é importante a performance das últimas 24-48 horas*, mas ocasionalmente períodos mais longos serão apropriados.
Os doentes inconscientes deverão ter a cotação de "0" em todos os items, mesmo se ainda não incontinentes.
Os níveis médios implicam que o doente faça mais de 50% do esforço.
Para ser independente, é permitido o uso de auxiliares e ajudas técnicas.

ESPECIFÍCAS
Intestino (semana anterior)
Se necessita que lhe seja aplicado um clister, então "incontinente" *.
Ocasional * = uma vez por semana.
Bexiga (semana anterior)
Ocasional = menos de uma vez por dia.
O doente algaliado que consegue utilizar autonomamente a sonda, é registado como " continente".
Higiene Pessoal (últimas 24 – 48 horas)
Refere-se: lavar os dentes, colocar prótese dentária, pentear-se, barbear-se, lavar a cara. Os acessórios de higiene podem ser fornecidos por terceiro.
Alimentação
Capaz de comer qualquer tipo de comida (e não só comida pastosa*). Comida cozinhada e servida por outros, mas não cortada.
Ajuda = comida cortada, o doente come sozinho*.
Transferências
Da cama para a cadeira e vice-versa.
Dependente – SEM equilíbrio sentado (incapaz de se sentar): duas pessoas para o levantar.
Ajuda maior = Uma pessoa forte/ experiente, ou duas pessoas normais. Consegue levantar-se.
Ajuda menor = Uma pessoa com facilidade, OU necessita de supervisão para segurança.
Mobilidade
Refere-se à mobilidade perto da casa ou no bairro e dentro de casa. Pode usar auxiliar de marcha de qualquer tipo. Se em cadeira de rodas, tem que ser capaz de ultrapassar portas/ esquinas sem auxílio de terceiro.
Ajuda = Por uma pessoa, não treinada, incluindo apoio moral/supervisão.
Vestir
Deve ser capaz de escolher e vestir toda a roupa, que pode ser adaptada.
Ajuda = auxílio nos botões, fecho de correr, etc. (verifique!), mas consegue vestir algumas peças sozinho*
Escadas
Pode usar qualquer tipo de auxiliares de marcha para ser independente.
Banho
Geralmente, a atividade mais difícil.
Tem que entrar e sair sem supervisão e lavar-se autonomamente.
Independente no duche = "independente" se sem supervisão/sem auxílio*.

*= Itens acrescentados ou modificados após estudo: asterisco no final, todo o item acrescentado; asterisco no meio, frase acrescentada ou clarificada.

Fonte: Norma nº 054/2011 (p.13).

ANEXO 6 – APROVAÇÃO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DA ULS

Exº Presidente do Conselho de Administração,

Requerimento

Eu, Inês Correia Chaves Barrento Pereira, estudante do mestrado de enfermagem em associação, na área de especialização em Enfermagem de Reabilitação, a decorrer na Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, da Universidade de Évora, venho por este meio solicitar autorização para desenvolver, no âmbito do meu estagio final, um projeto intervenção em doentes internados no Centro de Responsabilidade Integrada (Medicina 1 e 2) d no periodo de 13 de Setembro de 2021 a 15 de Janeiro de 2022, que necessitem de cuidados de enfermagem de reabilitação, por apresentarem compromisso da deglutição.

O projeto intitulado de "Compromisso da deglutição na pessoa com alterações neuromusculares: prevenção de complicações", anexado com este documento, tem como objectivos principais: contribuir para a redução de complicações associadas ao compromisso do reflexo da deglutição, nas pessoas com alterações neuromusculares e tem a orientação científica e académica da Professora Doutora Eugénia Nunes Grilo, da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias.

Os resultados deste projeto de intervenção serão integrados no relatório final de estágio que será apresentado em provas públicas, no âmbito do curso de mestrado.

O anonimato dos doentes e da instituição, e a confidencialidade dos dados recolhidos ao longo deste processo serão assegurados e só farão parte do projeto os doentes, que aceitem de esclarecida e livre vontade, ser incluídos, com a garantia que os dados obtidos serão, codificados e usados exclusivamente para este efeito. Mais se informa que o projeto, também é submetido à Comissão de Ética da Universidade de Évora.

Pede deferimento,

Inês Pereira

CI

ANEXO 7 – EVOLUÇÃO DOENTE A

Quadro 15 - Colheita de dados Doente A

Itens colheita de dados	**Coluna1**
Sexo: M	Idade: 82 A
Dias de internamento: 27 dias	Diagnóstico médico: Esofagite
Proveniência: Domicílio, onde residia sozinho	Número de sessões: 11 sessões
Destino após alta: Unidade de Cuidados Continuados (UCC)	
Peso inicial: 84 quilos	Peso alta: 79 quilos

Fonte: Elaborado pela própria

Quadro 16 - MMSE

Avaliação da Função Cognitiva - Mini-mental state examination (MMSE)	**1ª Avaliação**
Score:	16

Fonte: elaborado pela própria

Quadro 17 – Índice de Barthel

Avaliação da Funcionalidade - Índice de Barthel			
Autocuidados	**Itens**	**1º Avaliação**	**2º Avaliação**
Alimentação	Independente (10) Precisa de alguma ajuda (5) Dependente (0)	0	0
Transferências	Independente (15) Precisa de alguma ajuda (10) Precisa de ajuda de uma pessoa, mas não consegue sentar-se (5) Dependente, não tem equilíbrio sentado (0)	10	5
Toalete	Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes (5) Dependente, necessita de alguma ajuda (0)	0	0
Utilização do WC	Independente (10) Precisa de alguma ajuda (5) Dependente (0)	10	10
Banho	Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda) (10) Dependente (5)	5	0

Mobilidade	Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses) (15) Caminha menos de 50 metros com ajuda (10) Independente, em cadeira de rodas, pelos menos 50 metros incluído esquinas (5) Imóvel (0)	10	5
Subir e descer escadas	Independente, com ou sem ajudas técnicas (10) Precisa de ajuda (5) Dependente (0)	0	0
Vestir	Independente (10) Com ajuda (5) Impossível (0)	5	5
Controlo Intestinal	Controlo perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar (10) Acidente Ocasional (5) Incontinente, ou precisa do uso de clisteres (0)	0	0
Controlo Urinário	Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algália sozinho (10) Acidente Ocasional (máximo uma vez por semana) (5) Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho (0)	0	0
Total:		40	25

Fonte: Norma nº 054/2011.

Quadro 18 - Escala de GUSS: 1ª fase - Avaliação indireta

Itens	**Sim**	**Não**	**1ª Avaliação**	**2º Avaliação**
Vigilância: Paciente alerta por mais de 15 minutos	1	0	1	0
Tosse Voluntária e/ou clearence: Deve tossir ou limpar pelo menos 2x a garganta	1	0	0	0
Deglutição da Saliva				
Deglute com êxito	1	0	0	0
Sialorreia	0	1	0	0
Mudança da Voz	0	1	0	1
Total			1	1

Fonte: Ferreira (2017); Mesa do Colegio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (2016)

Quadro 19 - Escala de FOIS

Nível	**1º Avaliação**	**2º Avaliação**
Depende de Sonda		
1 - Incapacidade de ingestão por via oral	X	x
2 - Dependente da sonda com ingestão por via oral residual		
3- Ingestão por via oral com suplementos por sonda		
Ingestão total por via oral		
4 - Ingestão total por via oral de uma única consistência		
5 - Ingestão total por via oral de várias consistências que necessitam de preparação específica		
6 - Ingestão total por via oral sem preparação específica, mas com restrição para alguns alimentos específicos e alguns líquidos		
7 - Ingestão total por via oral sem quaisquer restrições		

Fonte: Moreira (2012).

ANEXO 8 – EVOLUÇÃO DOENTE B

Quadro 20 – Colheita de dados

Itens colheita de dados	**Coluna1**
Sexo: M	Idade: 60 A
Dias de internamento: 7 dias	Diagnóstico médico: AVC isquémico esq
Proveniência: Domicílio	Número de sessões: 5 sessões
Destino após alta: domicílio	
Peso Inicial: 73 quilos	Peso alta: 72,7 quilos

Fonte: elaborado pela própria

Quadro 21 - MMSE

Avaliação da Função Cognitiva - Mini-mental state examination (MMSE)	**1ª Avaliação**
Score:	20

Fonte: elaborado pela própria

Quadro 22 - Índice de Barthel

Avaliação da Funcionalidade - Índice de Barthel			
Autocuidados	**Itens**	**1º Avaliação**	**2º Avaliação**
Alimentação	Independente (10) Precisa de alguma ajuda (5) Dependente (0)	10	10
Transferências	Independente (15) Precisa de alguma ajuda (10) Precisa de ajuda de uma pessoa, mas não consegue sentar-se (5) Dependente, não tem equilíbrio sentado (0)	15	15
Toalete	Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes (5)	5	5

	Dependente, necessita de alguma ajuda (0)		
Utilização do WC	Independente (10) Precisa de alguma ajuda (5) Dependente (0)	10	10
Banho	Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda) (5) Dependente (0)	5	5
Mobilidade	Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses) (15) Caminha menos de 50 metros com ajuda (10) Independente, em cadeira de rodas, pelos menos 50 metros incluído esquinas (5) Imóvel (0)	15	15
Subir e descer escadas	Independente, com ou sem ajudas técnicas (10) Precisa de ajuda (5) Dependente (0)	5	5
Vestir	Independente (10) Com ajuda (5) Impossível (0)	10	10
Controlo Intestinal	Controlo perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar (10) Acidente Ocasional (5) Incontinente, ou precisa do uso de clisteres (0)	10	10
Controlo Urinário	Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algália sozinho (10) Acidente Ocasional (máximo uma vez por	10	10

	semana) (5) Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho (0)		
Total:		95	95

Fonte: Norma nº 054/2011.

Quadro 23 - Escala de GUSS: 1ª fase - Avaliação indireta

Itens	**Sim**	**Não**	**1ª Avaliação**	**2º Avaliação**
Vigilância: Paciente alerta por mais de 15 minutos	1	0	1	1
Tosse Voluntária e/ou clearence: Deve tossir ou limpar pelo menos 2x a garganta	1	0	1	1
Deglutição da Saliva				
Deglute com êxito	1	0	1	1
Sialorreia	0	1	1	1
Mudança da Voz	0	1	1	1
Total			5	5

Fonte: Ferreira (2017); Mesa do Colegio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (2016)

Quadro 24 - Escala de GUSS: 2ª Fase – Avaliação direta: 1ª Avaliação

Itens	**Pastosa**	**Líquida**	**Sólidos**
Deglutição			
A ingestão não é possível	0	0	0
Aumento do tempo de deglutição (>2seg) (sólidos texturas >10seg)	1	1	1
Ingestão de Sucesso	2	2	2
Tosse (involuntária/reflexa) antes, durante e após a deglutição – até 3 minutos mais tarde			
Sim	0	0	0

Não	1	1	1
Sialorreia			
Sim	0	0	0
Não	1	1	1
Alteração da voz: Ouvir a voz do doente antes e depois de engolir – deve falar: “Oh”			
Sim	0	0	0
Não	1	1	1
Score	5	4	0
Score total	18		

Fonte: Ferreira (2017); Mesa do Colegio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (2016)

Quadro 25 - Escala de GUSS: 2ª Fase – Avaliação direta: 2ª Avaliação

Itens	**Pastosa**	**Líquida**	**Sólidos**
Deglutição			
A ingestão não é possível	0	0	0
Aumento do tempo de deglutição (>2seg) (sólidos texturas >10seg)	1	1	1
Ingestão de Sucesso	2	2	2
Tosse (involuntária/reflexa) antes, durante e após a deglutição – até 3 minutos mais tarde			
Sim	0	0	0
Não	1	1	1
Sialorreia			
Sim	0	0	0
Não	1	1	1
Alteração da voz: Ouvir a voz do doente antes e depois de engolir – deve falar: “Oh”			
Sim	0	0	0
Não	1	1	1
Score	5	5	5

Score toral	20		

Fonte: Ferreira (2017); Mesa do Colegio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (2016)

Quadro 26 - Escala de FOIS

Nível	**1º Avaliação**	**2º Avaliação**
Depende de Sonda		
1 - Incapacidade de ingestão por via oral		
2 - Dependente da sonda com ingestão por via oral residual		
3- Ingestão por via oral com suplementos por sonda		
Ingestão total por via oral		
4 - Ingestão total por via oral de uma única consistência		
5 - Ingestão total por via oral de várias consistências que necessitam de preparação específica	x	
6 - Ingestão total por via oral sem preparação específica, mas com restrição para alguns alimentos específicos e alguns líquidos		
7 - Ingestão total por via oral sem quaisquer restrições		x

Fonte: Moreira (2012).

ANEXO 9 – EVOLUÇÃO DOENTE C

Quadro 27 – Colheita de dados

Itens colheita de dados	**Coluna1**
Sexo: M	Idade: 88 A
Dias de internamento: 12 dias	Diagnóstico médico: Trombose cerebral
Proveniência: Domicílio	Número de sessões: 6 sessões
Destino após alta: UCC	
Peso inicial: 74 quilos	Peso alta: 73,2 quilos

Fonte: elaborado pela própria

Quadro 28 - MMSE

Avaliação da Função Cognitiva - Mini-mental state examination (MMSE)	**1ª Avaliação**
Score:	20

Fonte: elaborado pela própria

Quadro 29 – Índice de Barthel

Avaliação da Funcionalidade - Índice de Barthel			
Autocuidados	**Itens**	**1º Avaliação**	**2º Avaliação**
Alimentação	Independente (10) Precisa de alguma ajuda (5) Dependente (0)	0	0
Transferências	Independente (15) Precisa de alguma ajuda (10) Precisa de ajuda de uma pessoa, mas não consegue sentar-se (5) Dependente, não tem equilíbrio sentado (0)	5	5
Toalete	Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes (5) Dependente, necessita de alguma ajuda (0)	5	0

Utilização do WC	Independente (10) Precisa de alguma ajuda (5) Dependente (0)	0	5
Banho	Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda) (5) Dependente (0)	0	0
Mobilidade	Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses) (15) Caminha menos de 50 metros com ajuda (10) Independente, em cadeira de rodas, pelos menos 50 metros incluído esquinas (5) Imóvel (0)	5	5
Subir e descer escadas	Independente, com ou sem ajudas técnicas (10) Precisa de ajuda (5) Dependente (0)	0	0
Vestir	Independente (10) Com ajuda (5) Impossível (0)	5	5
Controlo Intestinal	Controlo perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar (10) Acidente Ocasional (5) Incontinente, ou precisa do uso de clisteres (0)	5	5
Controlo Urinário	Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algália sozinho (10) Acidente Ocasional (máximo uma vez por semana) (5) Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho (0)	0	0
Total:		20	25

Fonte: Norma nº 054/2011.

Quadro 30 - Escala de GUSS: 1ª fase - Avaliação indireta

Itens	**Sim**	**Não**	**1ª Avaliação**	**2º Avaliação**
Vigilância: Paciente alerta por mais de 15 minutos	1	0	1	1
Tosse Voluntária e/ou clearence: Deve tossir ou limpar pelo menos 2x a garganta	1	0	1	1
Deglutição da Saliva				
Deglute com êxito	1	0	1	1
Sialorreia	0	1	1	1
Mudança da Voz	0	1	1	1
Total			5	5

Fonte: Ferreira (2017); Mesa do Colegio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (2016)

Quadro 31 - Escala de GUSS: 2ª fase - Avaliação direta: 1ª Avaliação

Itens	**Pastosa**	**Líquida**	**Sólidos**
Deglutição			
A ingestão não é possível	0	0	0
Aumento do tempo de deglutição (>2seg) (sólidos texturas >10seg)	1	1	1
Ingestão de Sucesso	2	2	2
Tosse (involuntária/reflexa) antes, durante e após a deglutição – até 3 minutos mais tarde			
Sim	0	0	0
Não	1	1	1
Sialorreia			
Sim	0	0	0
Não	1	1	1
Alteração da voz: Ouvir a voz do doente antes e depois de engolir – deve falar: “Oh”			
Sim	0	0	0
Não	1	1	1

Score	4	0	0
Score total	9		

Fonte: Ferreira (2017); Mesa do Colegio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (2016)

Quadro 32 - Escala de GUSS: 2ª fase - Avaliação direta: 2ª Avaliação

Itens	**Pastosa**	**Líquida**	**Sólidos**
Deglutição			
A ingestão não é possível	0	0	0
Aumento do tempo de deglutição (>2seg) (sólidos texturas >10seg)	1	1	1
Ingestão de Sucesso	2	2	2
Tosse (involuntária/reflexa) antes, durante e após a deglutição – até 3 minutos mais tarde			
Sim	0	0	0
Não	1	1	1
Sialorreia			
Sim	0	0	0
Não	1	1	1
Alteração da voz: Ouvir a voz do doente antes e depois de engolir – deve falar: “Oh”			
Sim	0	0	0
Não	1	1	1
Score	4	0	0
Score toral	9		

Fonte: Ferreira (2017); Mesa do Colegio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (2016)

Quadro 33 - Escala de FOIS

Nível	**1º Avaliação**	**2º Avaliação**
Depende de Sonda		
1 - Incapacidade de ingestão por via oral	x	x
2 - Dependente da sonda com ingestão por via oral residual		
3- Ingestão por via oral com suplementos por sonda		
Ingestão total por via oral		
4 - Ingestão total por via oral de uma única consistência		
5 - Ingestão total por via oral de várias consistências que necessitam de preparação específica		
6 - Ingestão total por via oral sem preparação específica, mas com restrição para alguns alimentos específicos e alguns líquidos		
7 - Ingestão total por via oral sem quaisquer restrições		

Fonte: Moreira (2012).

ANEXO 10 – EVOLUÇÃO DOENTE D

Quadro 34 – Colheita de dados

Itens colheita de dados	**Coluna1**
Sexo: M	Idade: 82 A
Dias de internamento: 6 dias	Diagnóstico médico: AVC isquémico esq.
Proveniência: Domicílio	Número de sessões: 4 sessões
Destino após alta: domicílio	
Peso inicial: 81,5 quilos	Peso alta: 80,9 quilos

Fonte: Elaborado pela própria

Quadro 35 - MMSE

Avaliação da Função Cognitiva - Mini-mental state examination (MMSE)	**1ª Avaliação**
Score:	22

Fonte: Elaborado pela própria

Quadro 36 – Índice de Barthel

Avaliação da Funcionalidade - Índice de Barthel			
Autocuidados	**Itens**	**1º Avaliação**	**2º Avaliação**
Alimentação	Independente (10) Precisa de alguma ajuda (5) Dependente (0)	5	10
Transferências	Independente (15) Precisa de alguma ajuda (10) Precisa de ajuda de uma pessoa, mas não consegue sentar-se (5) Dependente, não tem equilíbrio sentado (0)	10	10
Toalete	Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes (5) Dependente, necessita de alguma ajuda (0)	5	5

Utilização do WC	Independente (10) Precisa de alguma ajuda (5) Dependente (0)	5	5
Banho	Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda) (5) Dependente (0)	5	5
Mobilidade	Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses) (15) Caminha menos de 50 metros com ajuda (10) Independente, em cadeira de rodas, pelos menos 50 metros incluído esquinas (5) Imóvel (0)	10	10
Subir e descer escadas	Independente, com ou sem ajudas técnicas (10) Precisa de ajuda (5) Dependente (0)	5	5
Vestir	Independente (10) Com ajuda (5) Impossível (0)	5	10
Controlo Intestinal	Controlo perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar (10) Acidente Ocasional (5) Incontinente, ou precisa do uso de clisteres (0)	10	10
Controlo Urinário	Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algália sozinho (10) Acidente Ocasional (máximo uma vez por semana) (5) Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho (0)	10	10
Total:		70	80

Fonte: Norma nº 054/2011.

Quadro 37: Escala de GUSS: 1ª fase - Avaliação indireta

Itens	**Sim**	**Não**	**1ª Avaliação**	**2º Avaliação**
Vigilância: Paciente alerta por mais de 15 minutos	1	0	1	1
Tosse Voluntária e/ou clearence: Deve tossir ou limpar pelo menos 2x a garganta	1	0	1	1
Deglutição da Saliva				
Deglute com êxito	1	0	1	1
Sialorreia	0	1	1	1
Mudança da Voz	0	1	1	1
Total			5	5

Fonte: Ferreira (2017); Mesa do Colegio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (2016)

Quadro 38 - Escala de GUSS: 2ª fase - Avaliação direta 1ª Avaliação

Itens	**Pastosa**	**Líquida**	**Sólidos**
Deglutição			
A ingestão não é possível	0	0	0
Aumento do tempo de deglutição (>2seg) (sólidos texturas >10seg)	1	1	1
Ingestão de Sucesso	2	2	2
Tosse (involuntária/reflexa) antes, durante e após a deglutição – até 3 minutos mais tarde			
Sim	0	0	0
Não	1	1	1
Sialorreia			
Sim	0	0	0
Não	1	1	1
Alteração da voz: Ouvir a voz do doente antes e depois de engolir – deve falar: “Oh”			
Sim	0	0	0
Não	1	1	1

Score	5	4	0
Score total	18		

Fonte: Ferreira (2017); Mesa do Colegio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (2016)

Quadro 39 - Escala de GUSS: 2ª fase - Avaliação direta 2ª Avaliação

Deglutição			
A ingestão não é possível	0	0	0
Aumento do tempo de deglutição (>2seg) (sólidos texturas >10seg)	1	1	1
Ingestão de Sucesso	2	2	2
Tosse (involuntária/reflexa) antes, durante e após a deglutição – até 3 minutos mais tarde			
Sim	0	0	0
Não	1	1	1
Sialorreia			
Sim	0	0	0
Não	1	1	1
Alteração da voz: Ouvir a voz do doente antes e depois de engolir – deve falar: “Oh”			
Sim	0	0	0
Não	1	1	1
Score	5	5	5
Score toral	20		

Fonte: Ferreira (2017); Mesa do Colegio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (2016)

Quadro 40 - Escala de FOIS

Nível	**1º Avaliação**	**2º Avaliação**
Depende de Sonda		
1 - Incapacidade de ingestão por via oral		
2 - Dependente da sonda com ingestão por via oral residual		
3- Ingestão por via oral com suplementos por sonda		
Ingestão total por via oral		
4 - Ingestão total por via oral de uma única consistência		
5 - Ingestão total por via oral de várias consistências que necessitam de preparação específica	x	
6 - Ingestão total por via oral sem preparação específica, mas com restrição para alguns alimentos específicos e alguns líquidos		
7 - Ingestão total por via oral sem quaisquer restrições		x

Fonte: Moreira (2012).

ANEXO 11 – EVOLUÇÃO DOENTE E

Quadro 41 – Colheita de dados

Itens colheita de dados	**Coluna1**
Sexo: M	Idade: 72 A
Dias de internamento 16	Diagnóstico médico: AVC Isquémico drt
Proveniência: Domicilio, onde residia sozinho	Número de sessões: 8 sessões
Destino após alta: UCC	
Peso inicial: 67,9 quilos	Peso alta: 67,3 quilos

Fonte: Elaborado pela própria

Quadro 42 - MMSE

Avaliação da Função Cognitiva - Mini-mental state examination (MMSE)	**1ª Avaliação**
Score:	17

Fonte: Elaborado pela própria

Quadro 43 – Índice de Barthel

Avaliação da Funcionalidade - Índice de Barthel				
Autocuidados	**Itens**	**1º Avaliação**	**2º Avaliação**	**3º Avaliação**
Alimentação	Independente (10) Precisa de alguma ajuda (5) Dependente (0)	0	5	0
Transferências	Independente (15) Precisa de alguma ajuda (10) Precisa de ajuda de uma pessoa, mas não consegue sentar-se (5) Dependente, não tem equilíbrio sentado (0)	5	10	10
Toalete	Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes (5) Dependente, necessita de alguma ajuda (0)	0	0	0

Utilização do WC	Independente (10) Precisa de alguma ajuda (5) Dependente (0)	0	5	5
Banho	Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda) (10) Dependente (5)	5	5	5
Mobilidade	Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses) (15) Caminha menos de 50 metros com ajuda (10) Independente, em cadeira de rodas, pelos menos 50 metros incluído esquinas (5) Imóvel (0)	5	5	5
Subir e descer escadas	Independente, com ou sem ajudas técnicas (10) Precisa de ajuda (5) Dependente (0)	0	0	0
Vestir	Independente (10) Com ajuda (5) Impossível (0)	0	5	5
Controlo Intestinal	Controlo perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar (10) Acidente Ocasional (5) Incontinente, ou precisa do uso de clisteres (0)	0	5	5
Controlo Urinário	Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algália sozinho (10) Acidente Ocasional (máximo uma vez por semana) (5) Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho (0)	0	0	0
Total:		15	40	35

Fonte: Norma nº 054/2011.

Quadro 44 - Escala de GUSS: 1ª fase - Avaliação indireta

Itens	**Sim**	**Não**	**1ª Avaliação**	**2º Avaliação**	**3º Avaliação**
Vigilância: Paciente alerta por mais de 15 minutos	1	0	1	1	1
Tosse Voluntária e/ou clearence: Deve tossir ou limpar pelo menos 2x a garganta	1	0	0	1	1
Deglutição da Saliva					
Deglute com êxito	1	0	0	1	1
Sialorreia	0	1	0	1	1
Mudança da Voz	0	1	0	1	1
Total			1	5	5

Fonte: Ferreira (2017); Mesa do Colegio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (2016)

Quadro 44 - Escala de GUSS: 2ª fase - Avaliação direta: 2ª Avaliação

Itens	**Pastosa**	**Líquida**	**Sólidos**
Deglutição			
A ingestão não é possível	0	0	0
Aumento do tempo de deglutição (>2seg) (sólidos texturas >10seg)	1	1	1
Ingestão de Sucesso	2	2	2
Tosse (involuntária/reflexa) antes, durante e após a deglutição – até 3 minutos mais tarde			
Sim	0	0	0
Não	1	1	1
Sialorreia			
Sim	0	0	0
Não	1	1	1
Alteração da voz: Ouvir a voz do doente antes e depois de engolir – deve falar: “Oh”			
Sim	0	0	0

Não	1	1	1
Score	5	2	0
Score toral	12		

Fonte: Ferreira (2017); Mesa do Colegio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (2016)

Quadro 45 - Escala de GUSS: 2ª fase - Avaliação direta: 3ª Avaliação

Itens	**Pastosa**	**Líquida**	**Sólidos**
Deglutição			
A ingestão não é possível	0	0	0
Aumento do tempo de deglutição (>2seg) (sólidos texturas >10seg)	1	1	1
Ingestão de Sucesso	2	2	2
Tosse (involuntária/reflexa) antes, durante e após a deglutição – até 3 minutos mais tarde			
Sim	0	0	0
Não	1	1	1
Sialorreia			
Sim	0	0	0
Não	1	1	1
Alteração da voz: Ouvir a voz do doente antes e depois de engolir – deve falar: “Oh”			
Sim	0	0	0
Não	1	1	1
Score	2	0	0
Score toral	7		

Fonte: Ferreira (2017); Mesa do Colegio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (2016)

Quadro 46 - Escala de FOIS

Nível	**1º Avaliação**	**2º Avaliação**	**3º Avaliação**
Depende de Sonda			
1 - Incapacidade de ingestão por via oral	x		x
2 - Dependente da sonda com ingestão por via oral residual		x	
3- Ingestão por via oral com suplementos por sonda			
Ingestão total por via oral			
4 - Ingestão total por via oral de uma única consistência			
5 - Ingestão total por via oral de várias consistências que necessitam de preparação específica			
6 - Ingestão total por via oral sem preparação específica, mas com restrição para alguns alimentos específicos e alguns líquidos			
7 - Ingestão total por via oral sem quaisquer restrições			

Fonte: Moreira (2012).

ANEXO 12 – DECLARAÇÃO DA PUBLICAÇÃO ARTIGO REVISTA REASE

Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação - REASE

DECLARAÇÃO

A Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação - ISSN 2675-3375, declara para os devidos fins que, o artigo intitulado: "ISOLAMENTO SOCIAL PELA PANDEMIA COVID-19 NO MANEJO DA DOR CRÓNICA" de **Inês Pereira**, **João Mourinho**, **Joana Galvão**, **Marta Rodrigues**, **Paulo Sabino**, **Rafaela Santos** e **Alice Ruivo** foi publicado no v. 8, n. 1, pp. 1130- 1147.
doi.org/10.51891/rease.v8i1.3943.
A Revista REASE é uma publicação digital, e o artigo poderá ser encontrado ao acessar o link:
https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/3943/1525

Por expressão da verdade, firmamos a presente declaração.

São Paulo, 31 de janeiro de 2022.

Prof.ª Patrícia S. Ribeiro
Editora-chefe