

UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR. LOPES DIAS

Avaliação Precoce da Deglutição à Pessoa com Acidente Vascular Cerebral, na Prevenção de Complicações: Contributos do Enfermeiro de Reabilitação

Susana do Rosário Rafael Velhinho Casteleiro de Góis n° 37111

Orientação: Professor Doutor Rogério Manuel Ferrinho Ferreira

Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização: Enfermagem de Reabilitação

Relatório de Estágio

Évora, 2018

UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR. LOPES DIAS

Avaliação Precoce da Deglutição à Pessoa com Acidente Vascular Cerebral, na Prevenção de Complicações: Contributos do Enfermeiro de Reabilitação

Susana do Rosário Rafael Velhinho Casteleiro de Góis nº 37111

Orientação: Professor Doutor Rogério Manuel Ferrinho Ferreira

Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização: Enfermagem de Reabilitação

Relatório de Estágio

Évora, 2018

(página intencionalmente deixada em branco)

“A mente que se abre a uma nova ideia jamais voltará ao seu tamanho original”

Albert Einstein

RESUMO

A deglutição é um processo natural e fundamental na sobrevivência do ser humano. É através deste que é garantido o transporte dos diferentes alimentos da cavidade oral até ao estômago, impedindo a sua passagem para a via aérea. Quando esta função está comprometida é sinónimo de disfagia.

No acidente vascular cerebral pode surgir disfagia devido às alterações neurológicas que provocam a perda da inervação dos músculos responsáveis pela deglutição. De acordo com a Ordem Enfermeiros (2011), o enfermeiro de reabilitação exerce aqui um papel crucial ao nível da identificação e reeducação da deglutição comprometida.

Este relatório apresenta como principal finalidade demonstrar as competências, de especialista e mestre, aprendidas e consolidadas, resultantes da realização do Estágio e da implementação do projeto de intervenção profissional, subordinado ao tema “Avaliação precoce da deglutição à pessoa com acidente vascular cerebral, na prevenção de complicações: Contributos do enfermeiro de reabilitação”.

Palavras-Chave: Acidente Vascular Cerebral; Enfermagem em Reabilitação; Transtornos da Deglutição

ABSTRACT

Early evaluation of swallowing to the person with stroke, in the prevention of complications: Contributions of the Rehabilitation Nurse.

Swallowing is a natural and fundamental process in the survival of the human being. It is through this that is guaranteed the transport of different foods from the oral cavity to the stomach, preventing their passage to the airway. When this function is compromised it is synonymous of dysphagia.

Dysphagia can occur in stroke due to neurological changes that cause loss of innervation of the muscles responsible for swallowing. According to the Ordem dos Enfermeiros (2011), the rehabilitation nurse plays a crucial role in the identification and re-education of compromised deglutition.

The purpose of this report is to demonstrate the skills, both specialist and master, learned and consolidated, resulting from the completion of the Internship and the implementation of the professional intervention project, under the theme "Early evaluation of swallowing to the person with stroke, in the prevention of complications: Contributions of the rehabilitation nurse".

Keywords: Stroke; Rehabilitation Nursing; Deglutition Disorders

AGRADECIMENTOS

Este percurso não seria possível sem a participação, colaboração e compreensão de algumas pessoas. Assim sendo, gostaria de expressar os meus sinceros agradecimentos,

ao Centro Hospitalar Universitário do Algarve, Entidade Pública Empresarial - Hospital de Faro pela oportunidade de realizar o Estágio Final, no Serviço de Medicina 3, e ganho de competências de enfermeiro especialista e de mestre;

À Senhora Enfermeira Supervisora e Especialista em Enfermagem de Reabilitação, Fernanda Henriques, pela motivação e gratidão;

À Senhora Enfermeira, Fernanda Guerreiro, em Funções de Chefia e Especialista em Enfermagem de Reabilitação, pela receptividade, cooperação e reconhecimento;

À Senhora Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação Marta Afonso pela atenção, dedicação, entusiasmo e disponibilidade demonstrada no desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista e de mestre;

Ao Senhor Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação Vasco Fernandes pela atenção, dedicação, entusiasmo e disponibilidade demonstrada no desenvolvimento das atividades e competências de enfermeiro especialista e de mestre;

À equipa multidisciplinar, pelo acolhimento, carinho, apoio demonstrado e ajuda na realização do meu trabalho;

Ao Senhor Professor Doutor Rogério Ferreira, pela disponibilidade, compreensão, dedicação, persistência e tutoria da unidade curricular Estágio Final e presente relatório;

Aos meus dois colegas e verdadeiros amigos, Paulo Lopes e Luís Ribeiro pelo companheirismo, paciência e compreensão demonstrada nos momentos de desânimo;

À Senhora Enfermeira Fátima Pinheiro, minha chefe de serviço, por me ter incentivado, encorajado e facilitado a frequência deste mestrado, assim como pelas palavras de apreço, incentivo e motivação que nunca lhe faltaram;

Aos meus colegas de trabalho, pela entreatajuda e apoio demonstrado;

Ao meu esposo, à minha mãe, irmã e sogros pelo carinho, apoio, paciência, motivação e orgulho;

À minha filha, pelo ser especial que é, pois, a sua autonomia e compreensão permitiram-me alcançar a meta desejada, mesmo quando por vezes parecia tão difícil.

A todos, o meu sincero obrigado!

ÍNDICE

	Pág
1. INTRODUÇÃO.....	14
2. APRESENTAÇÃO DO CONTEXTO.....	17
2.1. Caracterização do Centro Hospitalar Universitário do Algarve, E. P.E.....	17
2.2. Caracterização do Serviço de Medicina 3.....	18
2.2.1. Análise da produção de cuidados	20
2.2.2. Análise da população/utentes.....	21
2.2.3. Problemas específicos da população alvo.....	22
3. PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL.....	24
3.1. Fundamentação da Intervenção Profissional.....	24
3.1.1. Anatomia das estruturas que envolvem o processo de deglutição.....	30
3.1.2. Fisiologia da deglutição.....	34
3.2. Objetivos de Intervenção Profissional.....	37
3.3. Metodologia.....	38
3.3.1. Amostra em estudo.....	40
3.3.2. Instrumentos de colheita de dados.....	41
3.3.3. Organização dos cuidados.....	46
3.3.4. Procedimentos éticos.....	47
3.4. Resultados.....	48
3.5. Discussão dos Resultados.....	55
4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS.....	59
5. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO.....	69
6. CONCLUSÃO.....	71
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	73
ANEXOS.....	

ÍNDICE DE ANEXOS

	Pág
Anexo A - Escala de <i>Gugging Swallowing Screen</i>	LXXX
Anexo B - Método Exploratório Clínico Volume – Viscosidade.....	LXXXIII
Anexo C - Escala de Coma de <i>Glasgow</i>	LXXXV
Anexo D - Folhas de Registo.....	LXXXVII
Anexo E - Fluxograma de Exploração do Método Exploratório Clínico Volume - Viscosidade.....	XC
Anexo F - Pedido de Parecer e Autorização à Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar Universitário do Algarve, para a realização do projeto.....	XCII
Anexo G - Pedido de Parecer e Autorização à Senhora Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar Universitário do Algarve, para a realização do projeto.....	XCIV
Anexo H - Pedido de Parecer e Autorização à Senhora Enfermeira Diretora do Centro Hospitalar Universitário do Algarve para a realização do projeto..	XCVI
Anexo I - Consentimento Informado.....	XCVIII
Anexo J - Autorização da Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar Universitário do Algarve para a realização do projeto.....	C

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág
Figura 1 - Fase Oral	35
Figura 2 - Fase Faríngea.....	36
Figura 3 - Fase Esofágica.....	36
Figura 4 - Desenho das Estratégias de Intervenção Profissional.....	39

ÍNDICE DE QUADROS

	Pág.
Quadro 1 - Alterações dos Pares Cranianos da Deglutição.....	26
Quadro 2 - Resultados após a Implementação do Plano de Intervenção de ER.....	53

ÍNDICE DE TABELAS

	Pág.
Tabela 1 - Caraterização da Amostra.....	41
Tabela 2 - Consistência versus Dosagem de Espessante.....	45
Tabela 3 - Resultados da Avaliação Estrutural.....	48
Tabela 4 - Resultados da Avaliação da Escala de Coma de <i>Glasgow</i>	49
Tabela 5 - Resultados da 1ª Fase da Escala de GUSS	49
Tabela 6 - Resultado Final da Escala de GUSS.....	50
Tabela 7 - Disfagia versus Consistências.....	50
Tabela 8 - Sinais de Gravidade segundo a Consistência Comprometida.....	51
Tabela 9 - Resultados da Avaliação do MECV-V.....	52
Tabela 10 - Resultados dos Procedimentos não Invasivos.....	52
Tabela 11 - Resultados do Grau de Disfagia/ Risco de Aspiração antes e após a Implementação do Plano de Intervenção.....	54
Tabela 12 - Resultados Alusivos aos Procedimentos não Invasivos após a Implementação do Plano de Intervenção	55

SIGLAS E ABREVIATURAS

% - Percentagem

AVC - Acidente Vascular Cerebral

AVD's - Atividades de Vida Diárias

E.P.E. - Entidade Pública Empresarial

EEER - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ER - Enfermagem de Reabilitação

GUSS - *Gugging Swallowing Screen*

MECV-V - Método de Exploração Clínico Volume – Viscosidade

ml - mililitros

Nº - Número

RFM - Reeducação Funcional Motora

RFR - Reeducação Funcional Respiratória

V-VST - *Volume-Viscosity Swallow Test*

1. INTRODUÇÃO

A unidade curricular Relatório do Curso de Mestrado em Associação em Enfermagem, é sustentada na unidade curricular Estágio Final de Enfermagem de Reabilitação (ER), a partir do qual se desenvolvem competências comuns do enfermeiro especialista, competências específicas de enfermeiro especialista em ER e de mestre, bem como a elaboração de um Relatório de Estágio para a obtenção de Grau de Mestre em Enfermagem.

Os períodos de prática clínica permitem ao estudante, com base nos conhecimentos teóricos apreendidos, nas unidades curriculares previamente lecionadas, desenvolver competências através da implementação de intervenções específicas e de carácter especializado, em contexto real, adequando as mesmas à situação clínica da pessoa cuidada. Os estágios representam uma componente formativa essencial para que os estudantes adquiram conhecimentos, capacidades e habilidades profissionais (Carvalho, 2002). Esclarecer as práticas a partir de conceitos teóricos apreendidos, encontrando respostas às questões que emergem da prática, são momentos de aprendizagem fundamentais, na medida em que promovem o contacto com a realidade, apropriam saberes, desenvolvem competências e estimulam a capacidade reflexiva.

Neste sentido, o presente documento visa demonstrar a aquisição e consolidação de conhecimentos, desenvolvidos durante o Estágio Final, realizado durante 16 semanas no serviço de Medicina 3 do Hospital de Faro, que possibilitaram o desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista, competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação e aquisição de competências de mestre, através da implementação de um projeto de intervenção, centrado na “Avaliação precoce da deglutição à pessoa com Acidente Vascular Cerebral (AVC)”. Sendo esta a temática de apreciação e discussão pública para a obtenção de grau de Mestre em Enfermagem.

A ER, enquanto área de especialidade, inclui um conjunto de conhecimentos e intervenções específicas que visam ajudar as pessoas, com doenças agudas, crónicas ou com as suas inerentes sequelas, a maximizar o seu potencial e independência, proporcionando, deste modo, o direito à dignidade e à qualidade de vida (Regulamento n.º 125/2011, de 18 de fevereiro, da Ordem dos Enfermeiros).

Nesta linha de pensamento, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), com base nas suas competências, concebe, implementa, monitoriza e avalia planos de ER diferenciados e baseados nos problemas reais ou potenciais das pessoas, com o objetivo de proporcionar intervenções terapêuticas que visam manter ou recuperar a independência nas atividades de vida, assim como minimizar o impacto das incapacidades instaladas a nível, da função motora, sensorial, cognitiva, cardiorrespiratória, alimentação, eliminação e sexualidade (Regulamento n.º 125/2011, de 18 de fevereiro, da Ordem dos Enfermeiros).

Na nossa realidade profissional são admitidas, com muita frequência, pessoas em situação de AVC, com deglutição comprometida. A inexistência de um protocolo de atuação perante a pessoa com deglutição comprometida, levou-nos a refletir sobre a necessidade da existência de um protocolo de intervenção especializada em ER, de forma a uniformizar procedimentos, minimizar os riscos da avaliação empírica e aumentar os ganhos em saúde.

De acordo com o parecer emitido pelo Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação da Ordem dos Enfermeiros (2015), a deglutição é uma área de intervenção prioritária para a ER, logo é missão do EEER, através da sua intervenção, nomeadamente através da elaboração de um diagnóstico precoce, prevenir complicações e evitar incapacidades (Regulamento n.º 125/2011, de 18 de fevereiro, da Ordem dos Enfermeiros). Benner (2001) corrobora com esta ideia ao mencionar que as competências e a capacidade de hierarquização do enfermeiro especialista, permitem-lhe analisar, processar, planear, intervir e avaliar a eficácia das suas intervenções. Assim, o estágio final subordinado à prestação de cuidados de ER à pessoa com afeções neurológicas e respiratórias, permitiu ao estudante de ER desenvolver competências específicas de ER e de mestre através da implementação do projeto de intervenção profissional denominado por “Avaliação precoce da deglutição à pessoa com AVC, na prevenção de complicações: Contributos do enfermeiro de reabilitação”.

As evidências científicas demonstram que a avaliação e a intervenção precoce nas alterações da deglutição visam diminuir as complicações associadas à disfagia, nomeadamente a pneumonia por aspiração, bem como o tempo de internamento e os custos que lhe estão associados. Deste modo, pretendemos demonstrar, através da implementação do projeto de intervenção profissional, que a intervenção precoce do EEER, perante a pessoa em situação de AVC com deglutição comprometida, previne complicações, assegura uma deglutição segura e eficaz através da implementação de um programa de reabilitação, de acordo com a avaliação

aferida pela escala de *Gugging Swallowing Screen* (GUSS) e pelo Método de Exploração Clínica Volume - Viscosidade (MECV-V).

A metodologia utilizada para a realização deste documento assentou na descrição, pesquisa bibliográfica, observação e reflexão sobre a prática desenvolvida durante o estágio.

O presente relatório encontra-se dividido em sete capítulos. Após esta breve introdução, procede-se à apreciação do contexto, no segundo capítulo, onde será efetuada uma breve descrição face ao ambiente onde foi desenvolvido o Estágio Final; análise da produção de cuidados, que visa explicar os aspetos relevantes face à qualidade dos cuidados de enfermagem prestados diariamente; a caracterização geral da população/utentes e os problemas específicos da população alvo. Em seguida, no terceiro capítulo, procede-se à apresentação do projeto de intervenção profissional de ER, onde consta a fundamentação da intervenção profissional; os objetivos da intervenção profissional, a metodologia; os resultados e a discussão dos resultados da implementação do projeto. Ao quarto capítulo reserva-se a apresentação da análise reflexiva sobre as competências desenvolvidas e adquiridas durante estágio. No quinto capítulo, será apresentada a análise reflexiva sobre o processo de avaliação e controlo. Finaliza-se este relatório com a apresentação da conclusão no sexto capítulo, as referências bibliográficas no sétimo capítulo e logo em seguida os anexos.

Este relatório respeita as orientações esplanadas no regulamento da unidade curricular Relatório Final. Encontra-se redigido de acordo com o novo acordo ortográfico e as referências bibliográficas foram feitas de acordo com as normas da *American Psychological Association* – - 6ª edição.

2. APRESENTAÇÃO DO CONTEXTO

A intervenção do EEER é sempre fundamentada em saberes científicos que se refletem numa prática baseada na evidência. Este profissional de saúde tem capacidade para identificar o problema, prescrever, implementar, monitorizar e avaliar os programas de reabilitação individualizados para a pessoa e sua família. As atividades desenvolvidas são o reflexo de uma atitude crítica e reflexiva após o levantamento das necessidades, de modo a dar ênfase à máxima funcionalidade das capacidades da pessoa que é alvo dos seus cuidados. Deste modo, os estágios são o palco de atuação para mobilizar os conhecimentos previamente adquiridos em contexto académico e adequá-los à realidade encontrada no serviço de Medicina 3 da Unidade Hospitalar de Faro do Centro Hospitalar Universitário do Algarve, Entidade Pública Empresarial (E.P.E.).

Assim, torna-se imperativo efetuar uma breve caracterização do serviço de Medicina 3 de forma a compreender as intervenções desenvolvidas durante o estágio.

2.1. Caracterização do Centro Hospitalar Universitário do Algarve, E.P.E.

A Unidade Hospitalar de Faro encontra-se inserida no Centro Hospitalar Universitário do Algarve, E.P.E.. Este Centro Hospitalar foi criado pelo Decreto-Lei n.º 101/2017, de 23 de agosto, que resultou da junção do Centro de Medicina Física e Reabilitação do Sul ao Hospital de Faro, Portimão e Lagos (Centro Hospitalar Universitário do Algarve, 2017).

O Centro Hospitalar Universitário do Algarve, E.P.E. é dotado de autonomia administrativa, financeira e patrimonial. Integra-se no Sistema Nacional de Saúde, como uma pessoa coletiva de direito público e de natureza empresarial. A responsabilidade pela prestação de cuidados de saúde diferenciados na região do Algarve, assim como o apoio à formação contínua na área da saúde caracteriza-o como uma Unidade Hospitalar de referência do Sistema Nacional de Saúde (Centro Hospitalar Universitário do Algarve, 2017).

Paralelamente, o Centro Hospitalar Universitário do Algarve, E.P.E. deve assegurar a conservação e manutenção do Centro de Medicina Física e Reabilitação do Sul, assim como, a continuidade dos cuidados de saúde especializados de medicina e de reabilitação à população

da área geográfica dos distritos de Faro e de Beja (Centro Hospitalar Universitário do Algarve, 2017).

2.2. Caracterização do Serviço de Medicina 3

O serviço de Medicina 3 situa-se no 4º piso do edifício da consulta externa da Unidade Hospitalar de Faro do Centro Hospitalar Universitário do Algarve, E.P.E.. É um serviço de internamento destinado à prestação de cuidados à pessoa em idade adulta com diversos problemas clínicos.

Apresenta, fisicamente, capacidade para trinta e cinco camas de internamento, sendo que trinta e uma camas são destinadas a pessoas com patologias do foro de Medicina Interna e quatro camas, aleatoriamente destinadas a pessoas com patologia do foro Hematológico. Esporadicamente são internadas pessoas com imunodeficiência adquirida. Este serviço tem capacidade para 8 camas suplementares, sendo estas utilizadas em épocas de maior afluência de pessoas aos serviços de saúde. As camas estão dispostas em catorze enfermarias, sendo nove com duas camas, uma com três camas e quatro com uma cama que se destinam a pessoas com necessidade de medidas de isolamento. As enfermarias encontram-se divididas por dois corredores. Todas as enfermarias dispõem de casa de banho exceto a enfermaria de três camas. As casas de banho apresentam barras de apoio, espelhos baixos, uma base de chuveiro com um banco de apoio e portas adequadas em largura para poderem passar cadeiras de rodas e cadeirões. As sanitas são altas adaptadas a pessoas com limitações físicas.

O serviço dispõe de uma sala de registos de enfermagem onde é feita a passagem de turno e permite acesso aos dois corredores onde estão distribuídas as enfermarias. Dispõe ainda de uma sala de sujos, uma sala de trabalho de enfermagem, uma casa de banho para funcionários, um armário onde é armazenada a roupa, dois vestiários e um armazém de material de consumo clínico. Existem, no entanto, fora do serviço o gabinete da enfermeira chefe e o gabinete da secretária de piso.

No que respeita aos recursos materiais, o serviço conta com diverso material: colchões de pressão alternada, cadeiras sanitárias, cadeirões, uma cadeira que assume a posição

ortostática, superfícies de apoio, *slings*, dispositivos para Reeducação Funcional Respiratória (RFR) (bastões, sacos de areia, pesos (1,5 kg e 2 kg), espirómetro de incentivo, *Peak Flow* ou pico de fluxo de tosse, ventiladores para ventilação não invasiva e um *Cough Assist* ou equipamento de tosse mecanicamente assistida) e auxiliares de marcha (canadianas, andarilhos e pirâmides). Para a realização do treino de marcha, utilizam o corredor do serviço por ser comprido e largo e as escadas principais para a realização da técnica de subir e descer escadas. Em termos de material clínico, o serviço dispõe de equipamentos que possibilitam a monitorização de sinais vitais e controlo de administração de terapêutica, dispondo de dois carrinhos de unidose.

A equipa multidisciplinar é constituída por: uma enfermeira chefe especialista em ER, vinte e nove enfermeiros, dois EEER, vinte e sete enfermeiros generalistas, sete médicos de medicina interna, um diretor clínico, treze assistentes operacionais, duas administrativas e uma fisioterapeuta. Existem, no entanto, outros técnicos que colaboram direta ou indiretamente com a equipa, nomeadamente: assistente social, dietista, fisiatra e médicos de outras especialidades que vêm observar os utentes, quando é solicitada formalmente a sua colaboração. A otorrinolaringologia é a especialidade com maior relevância.

No referido serviço, a reabilitação encontra-se a cargo de dois enfermeiros especialistas em ER. Permanecem como elementos extranumerários e nunca estão em simultâneo, pois pretende-se a cobertura dos turnos de manhã (das 8 às 16 horas) de segunda a domingo. Concretizam diariamente o seu plano de intervenção direcionando as suas intervenções para a RFR e Reeducação Funcional Motora (RFM), sendo a sua intervenção mais incisiva para a RFR. Embora possuam o apoio de uma fisioterapeuta, realizam primeiros levantamentos, ensinamentos necessários e individualizados a cada situação, RFM e RFR de acordo com as necessidades do utente. O seu plano de intervenção estende-se desde a admissão até ao momento da alta com o objetivo de promover a autonomia, a melhoria da qualidade de vida do utente e simultaneamente diminuir o tempo de internamento. Os enfermeiros de reabilitação utilizam como instrumentos de avaliação a Escala de Coma de *Glasgow* ou a *Mini-Mental State*; a *National Institute of Health Stroke Scale*, a Escala de *Morse*, a Escala de *Braden*, a Escala de *Lower*, a Escala de *Ashworth* Modificada, o Índice de *Tinneti* e o MECV-V.

A sua intervenção é muitas vezes requerida pelos enfermeiros generalistas, face a determinados cuidados. Esta articulação assume um carácter de cooperação que se demonstra

bastante saudável e proveitoso na recuperação da funcionalidade dos utentes. O seu contributo é de extrema importância na colaboração com a enfermeira chefe, na gestão do serviço, de altas e na participação ativa nas visitas médicas.

É de salientar o espírito dos enfermeiros especialistas na participação de projetos inovadores e baseados em fundamentação científica. Neste sentido, os enfermeiros especialistas, do serviço de Medicina 3, encontram-se a desenvolver um projeto-piloto a nível hospitalar subordinado à deteção precoce da disfagia orofaríngea, a todas as pessoas internadas, através da aplicação da Escala *Eating Assessment Tool* e MECV-V.

Os registos são a justificação dos cuidados prestados, revestem-se de carácter legal mediante a execução dos cuidados e funcionam como indicador de qualidade. No serviço, os registos de ER são feitos em suporte informático, através de programa SClínico versão normalizada, mais precisamente em nota geral, em articulação com a linguagem da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem.

2.2.1. Análise da produção de cuidados

Na busca ininterrupta da excelência do exercício profissional do EEER, foram descritas oito categorias de enunciados descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em ER, que visam explicar a natureza e englobar os diferentes aspetos do mandato social da profissão de enfermagem (Regulamento n.º 350/2015, de 22 de junho, da Ordem dos Enfermeiros), dos quais se salienta, em concordância com a missão da ER, o bem-estar, o autocuidado, a readaptação e a reeducação funcional.

Nesta linha de pensamento, a qualidade dos cuidados prestados pela equipa de ER, do serviço de Medicina 3 da Unidade Hospitalar de Faro, baseia-se num Quadro de Referência que assenta no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, no Código Deontológico do Enfermeiro, nos Padrões de Qualidade, nas Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais e no Regulamento das Competências Comuns e Específicas de Enfermeiro Especialista em ER.

No serviço de Medicina 3, os cuidados de ER encontram-se a cargo de dois enfermeiros especialistas. O seu trabalho é crucial na medida em que a sua intervenção especializada identifica as necessidades do utente em todas as idades. Quando os utentes estão impossibilitados de realizar as suas Atividades de Vida Diárias (AVD's), de forma autónoma, em consequência da sua condição de saúde, deficiência ou incapacidade, são implementadas estratégias de intervenção que visam incrementar a sua qualidade de vida.

Para garantir a qualidade dos cuidados para além da elaboração de um programa que garanta a qualidade dos cuidados é crucial definir o modelo concetual a aplicar (Ribeiro, Carvalho, Ferreira & Ferreira, 2008). Deste modo, é de salientar que no serviço de Medicina 3 é utilizado o Modelo de Vida de Roper, Logan e Thierney (2001).

O Modelo de Enfermagem de Roper, Logan e Thierney, mais conhecido por Modelo de Nancy Roper, tem como autores Nancy Roper, Winifred Logan e Alison Thierney. É composto por doze atividades de vida, que representam tudo aquilo que a pessoa faz no seu quotidiano, onde cada uma se situa num *continuum* de dependência/independência. Paralelamente, visa que o indivíduo alcance a sua autossatisfação através da cooperação do enfermeiro, sendo este o impulsionador da sua independência nas atividades de vida (Lutz & Davis, 2011).

2.2.2. Análise da população/utentes

A população alvo, do serviço de Medicina 3, inclui como patologias mais frequentes, a insuficiência respiratória (obstrutiva ou restritiva), a insuficiência cardíaca descompensada, as infeções respiratórias (pneumonias) e as doenças do foro neurológico, sendo o AVC com maior expressão.

O AVC, sendo considerado uma das patologias com maior expressão, posteriormente às infeções respiratórias, foi a selecionada para a implementação do projeto de intervenção. Esta escolha baseou-se na necessidade em implementarmos, no serviço de Especialidades Médicas da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, E.P.E. - Hospital José Joaquim Fernandes, um protocolo de atuação face à avaliação da deglutição da pessoa com AVC.

A avaliação da deglutição, neste serviço, é realizada pelo enfermeiro a todos os utentes, no momento da admissão no serviço, através da administração de um copo de água, sendo feita a vigilância da presença de tosse e perda de água pela comissura labial. Contudo, não existe uma avaliação da deglutição uniformizada por todos os elementos da equipa, nem um documentado que evidencie o resultado desta avaliação, o grau da disfagia e as intervenções de enfermagem que devem ser planeadas de acordo com o grau de disfagia. Assim, é imperativo a implementação de um protocolo de forma a uniformizar procedimentos, minimizar os riscos da avaliação empírica e aumentar os ganhos em saúde.

2.2.3. Problemas específicos da população alvo

O AVC é uma das patologias mais frequentes como causa de internamento hospitalar. Esta patologia é súbita, surge com maior frequência nos indivíduos com fatores de risco cardiovascular e afeta uma área específica do encéfalo, produzindo sinais e sintomas de acordo com a área afetada (Ferro, 2013). O mesmo autor, refere que o AVC, em Portugal, é um grave problema de saúde pública, no entanto a mortalidade tem vindo a diminuir substancialmente nas últimas décadas. Contudo, mantêm-se acima dos países Ocidentais da União Europeia.

De acordo com a Direção Geral da Saúde (2015), em Portugal foram verificados 11751 óbitos por doenças cerebrovasculares no ano de 2013, dos quais 7872 foram por AVC, sendo que 1773 por AVC Hemorrágico e 6099 por AVC Isquémico. O Instituto Nacional de Estatística (2017), acrescenta que o AVC representa 10,8 de percentagem (%) de mortes registadas no ano 2015. Sendo que o AVC é a principal causa neurológica da disfagia onde 42- - 67% dos utentes apresentam esta disfunção nos primeiros 3 dias de internamento (*World Gastroenterology Organisation, 2014*).

A disfagia consiste na dificuldade em deglutir e pode manifestar-se pelo aumento do tempo despendido na refeição, por períodos de tosse durante as refeições, pela dificuldade em deglutir a saliva, pelo excesso de secreções na traqueia, por pneumonias recorrentes ou por perda de peso (Cardoso, Rainho, Quitério, Cruz, Magano & Castro, 2011).

Na pessoa com AVC a disfagia é designada por orofaríngea, também denominada de “alta”, uma vez que a causa da disfagia é neurológica. A disfagia orofaríngea afeta 75% das pessoas com doenças do foro neurológico, como o AVC, demência e doença de Parkinson (White, O’Rourke, Ong, Cordato & Chan, 2008). A presença de disfagia em utentes com AVC tem sido associada a complicações nutricionais e pulmonares. Estas complicações, refletem-se na qualidade de vida da pessoa, no seu isolamento social, no aumento da mortalidade e nos custos globais de saúde (Soares, 2014).

A pneumonia por aspiração, segundo White *et al.* (2008), é considerada, em utentes com disfagia de origem neurológica, a causa mais comum no aumento da mortalidade. Hinchey, Shephard, Furie, Smith, Wang e Tonn (2005), referem que aproximadamente 35% das mortes que ocorrem após um AVC agudo são causadas por pneumonia. Neste sentido, emerge a necessidade de existir um diagnóstico precoce de deglutição comprometida/disfagia de forma a evitar que a pessoa em situação de AVC, com disfagia, se torne num “*aspirador*” silencioso sem manifestações clínicas.

O diagnóstico precoce da disfagia nos utentes com AVC como forma de prevenção de complicações associadas à aspiração, diminui o número (Nº) de dias de internamento e aumenta a esperança de vida dos utentes (Martino, Foley, Bhogal, Diamant, Speechley & Teasell, 2005). Através do diagnóstico precoce é possível estabelecer medidas preventivas de forma a prevenir infeções respiratórias e todos os custos que isso acarreta.

Assim, o EEER com recurso às suas competências, elabora um diagnóstico precoce, implementa um plano de enfermagem de reabilitação, com intervenções preventivas, previne complicações e evita incapacidades (Regulamento n.º 125/2011, de 18 de fevereiro, da Ordem dos Enfermeiros).

3. PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL

A deglutição sendo uma área de intervenção prioritária para a ER, de acordo com o parecer emitido pelo Colégio das Especialidade de Enfermagem de Reabilitação da Ordem dos Enfermeiros (2015), o EEER desempenha um papel vital, não só, na identificação precoce da deglutição comprometida/disfagia, na pessoa com AVC, bem como no seu processo de reabilitação (Soares, 2014).

Assim, pretende-se com este projeto aplicar ferramentas, de forma sistemática, que possibilitam desenvolver intervenções específicas de ER e simultaneamente reduzir o risco de complicações associadas à deglutição comprometida.

Este capítulo fundamenta os conteúdos que servem de suporte a este projeto, sendo estes; fundamentação da intervenção profissional perante a pessoa com alteração da deglutição/disfagia; metodologia; resultados e discussão dos resultados.

3.1. Fundamentação da Intervenção Profissional

A avaliação da deglutição da pessoa com diagnóstico de AVC baseou-se, numa colheita de dados com base no Modelo Teórico de Roper, Logan e Thierney (2001); numa avaliação estrutural com base num exame objetivo; numa avaliação funcional da deglutição através da aplicação da Escala GUSS e do MECV-V, e na definição de um plano de reeducação funcional da deglutição individualizado. Cardoso *et al.* (2011) certificam esta ideia ao referirem que a avaliação clínica não-invasiva da deglutição, consiste na anamnese e exame físico dirigidos aos problemas da deglutição, na avaliação da anatomia e funcionalidade das estruturas adjacentes, sensibilidade, reflexos e no teste da ingestão oral.

História Clínica

A recolha de informação obtida junto do utente/família/cuidador informal, juntamente com a recolha de informação conseguida em diário clínico é fundamental, na medida em que nos permite identificar alterações que possam comprometer a dinâmica da deglutição (Glenn -

- Molali, 2011). Deste modo, é de realçar que a história clínica de enfermagem é imprescindível na avaliação da deglutição.

Avaliação Estrutural da Deglutição

A avaliação estrutural da deglutição baseia-se no exame físico e numa avaliação dos pares cranianos intervenientes no processo de deglutição. Esta informação permite identificar alterações que comprometem a dinâmica da deglutição (Glenn-Molali, 2011).

Exame Físico

O exame físico da pessoa consiste em avaliar o controlo da cabeça na posição de sentado, a simetria da face, a cor a humidade e a simetria dos lábios, a salivação, a capacidade de fechar os lábios firmemente e abrir a boca, a mucosa da cavidade oral e língua, as lacerações resultantes da mastigação, o estado dos dentes e gengivas, em caso de prótese verificar a sua adaptação, e identificação das alterações dos pares cranianos (Glenn-Molali, 2011).

Pares Cranianos

Os pares cranianos com maior influência no processo de deglutição são: o trigémeo (V), o facial (VII), o glossofaríngeo (IX), o Vago (X) e o grande hipoglosso (XII) (Braga, 2016b). No Quadro 1 encontram-se esplanadas as consequências das lesões aos pares cranianos.

Quadro 1 - Alterações dos Pares Cranianos da Deglutição

Pares Cranianos	Consequências
Trigêmeo (V)	<ul style="list-style-type: none">• Perda da sensibilidade tátil na face;• Fraqueza ao morder ou apertar a mandíbula;• Dor a nível da região ocular, nariz, boca, dentes e língua.
Facial (VII)	<ul style="list-style-type: none">• Paralisia facial;• Perda da sensação gustativa nos dois terços anteriores da língua;• Salivação diminuída.
Glossofaríngeo (IX)	<ul style="list-style-type: none">• Dificuldade em deglutir;• Perda da sensação gustativa no terço posterior da língua;• Desvio da úvula;• Salivação diminuída.
Vago (X)	<ul style="list-style-type: none">• Dificuldade em deglutir;• Desvio da úvula para o lado não comprometido;• Rouquidão.
Hipoglosso (XII)	<ul style="list-style-type: none">• Fraqueza ipsilateral da língua;• Protusão da língua - desvio para o lado da lesão.

Fonte: Adaptado de Vanputte, Regan e Russo (2016)

Avaliação Funcional da Deglutição

Na literatura consultada existem diversas escalas que avaliam a deglutição. As escalas de avaliação da deglutição, na generalidade, dependem de uma avaliação mais aprofundada por videofluoroscopia e/ou um terapeuta da fala, assim como a sua pluralidade se inicia com líquidos. A maioria das pessoas com AVC, em fase aguda, tem maior dificuldade em deglutir os líquidos do que texturas semissólidas (Trapl *et al.*, 2007). Deste modo, a escala de GUSS foi o instrumento selecionado para a avaliação da deglutição. Esta escala relaciona o grau de disfagia com o risco de aspiração, assim como indica recomendações para cada grau de disfagia. É de realçar que esta escala não requer de formação complexa.

A escala de GUSS embora se encontre uniformizada e validada para a pessoa com AVC, porém, não se encontra traduzida e validada para língua portuguesa. Neste sentido, a escala foi utilizada na sua versão original. Esta escala apresenta uma sensibilidade de 100%, uma especificidade de 50/69%, com valores preditivos positivos de 81/74% e valores preditivos negativos de 100%, com uma prevalência de 68/10% (Trapl *et al.*, 2007). Contudo, Ferreira, Pierdevara, Ventura, Gracias, Marques e Reis (2018) através do estudo realizado, conseguiram a primeira versão da escala de GUSS para a língua portuguesa. Os mesmos autores, referem

que a escala de GUSS é um instrumento fácil, fiável e válido na identificação das alterações da deglutição, assim como pode ser utilizado por enfermeiros generalistas.

Para complementar a avaliação da deglutição foi selecionado o MECV-V. Este método é utilizado no despiste da disfagia orofaríngea; determina, com precisão, o volume e a viscosidade dos líquidos que a pessoa pode deglutir de forma segura e eficaz. Hughes (2011) refere que a administração de alimentos e líquidos em segurança, são os aspetos mais importantes na reabilitação da disfagia da pessoa com AVC, uma vez que reduzem o risco de aspiração. Assim, sempre que o utente demonstrou deglutição comprometida para líquidos foi submetido à aplicação deste método. Rofes, Arreola, Mukherjee e Clavé (2014) referem que o MECV-V é um instrumento de grande precisão na deteção do compromisso da deglutição, sendo que deve ser aplicado em pessoas com risco de disfagia orofaríngea na medida em que evita complicações respiratórias associadas à disfagia orofaríngea, melhora a qualidade de vida da pessoa e ao mesmo tempo reduz as taxas de mortalidade.

O MECV-V é a versão em Português Europeu do *Volume-Viscosity swallow test* (V-VST). A tradução e a adaptação do V-VST para português europeu foram propostas pela Doutora Susana Mestre e Doutor Adriano, e realizada por um grupo de peritos com base no estudo original: Clavé, Arreola, Romea, Medina, Palomera e Serra-Prat (2008).

O V-VST ostenta uma sensibilidade de 94% e especificidade de 88% para a disfagia orofaríngea. Contudo, para a alteração da eficácia na deglutição apresenta 79% de sensibilidade e 75% de especificidade. No âmbito da alteração da segurança, este instrumento expõe 87% de sensibilidade e 81% de especificidade. Face às aspirações exibe uma sensibilidade de 91% e uma especificidade de 28% (Rofes, Arreola, Mukherjee & Clavé, 2014).

Reeducação Funcional da Deglutição

A reeducação funcional da deglutição é feita de acordo com as alterações identificadas através da avaliação, estrutural e funcional, da deglutição. Podem ser utilizadas técnicas posturais, estimulação sensitiva, mudanças voluntárias na deglutição, RFR, adequação de dieta e exercícios de amplitude e fortalecimento muscular (Braga, 2016a).

Das técnicas mencionadas, seguidamente são referidas as mais utilizadas durante a implementação do projeto de intervenção.

Técnicas Posturais

As técnicas posturais permitem que a pessoa assuma a posição correta aquando da alimentação. A flexão cervical, a extensão cervical, a rotação da cervical para o lado afetado e a flexão lateral para o lado não afetado são consideradas técnicas posturais (Braga, 2016a).

Estas técnicas são utilizadas desde a fase inicial da reabilitação até ao momento em que a pessoa recupera a deglutição. Contudo, devem ser selecionadas em função da necessidade de cada pessoa, ou seja, em função da alteração observada, na medida em que ajudam a movimentar o alimento na cavidade orofaríngea (Braga, 2016a).

Estimulação Sensitiva

A estimulação sensitiva promove excitabilidade ao nível dos centros nervosos e, em paralelo, influencia os mecanismos corticais da deglutição. Este tipo de estimulação pode fazer-se através da mudança de sabores, do volume e textura do bolo alimentar, e da temperatura (Braga, 2016a).

Durante o estágio a estimulação sensitiva foi feita através de cubos de gelo com sabor a limão, morango e baunilha.

Exercícios de Amplitude dos Movimentos e Fortalecimento Muscular

Para melhorar a força e a coordenação dos movimentos usados durante a deglutição, devem ser praticados exercícios de amplitude e fortalecimento muscular aos lábios, língua, mandíbula, laringe e bochechas (Braga, 2016a). Estes exercícios devem ser realizados dez vezes ao dia, durante cinco minutos, de forma a prevenir o cansaço ao utente e melhorar o controlo da deglutição. O exercício contínuo permite que o utente, ao longo do tempo, volte à ingestão oral segura e eficaz sem necessitar da utilização de técnicas de compensação. (Logemann, 2008).

Foram implementados e executados os seguintes exercícios (Braga, 2016a):

- Protração, retração e lateralização dos lábios; segurar uma espátula entre os lábios; fazer bolinhas de sabão, assobiar e dar beijinhos;
- Protração, retração, lateralização, elevação e depressão da língua;
- Mandíbula - abrir a boca no seu máximo e depois relaxar, de forma a evitar a dor;
- Laringe - Voz de falsete e gargarejar;
- Bochechas - Insuflar as bochechas e passar o ar de uma bochecha para a outra com os lábios bem fechados.

Os exercícios supramencionados foram planeados e executados, durante o turno da manhã, de acordo com a necessidade e colaboração de cada utente.

Adequação da Dieta

A deglutição segura reside, não só na adequação de dietas modificadas/especializadas à pessoa com alteração de deglutição, sendo que as mesmas devem ser adaptadas, em termos de textura, às necessidades da pessoa, bem como num programa terapêutico de reabilitação (White *et al.*, 2008). A dieta deve ser adequada à pessoa mediante as alterações apresentadas aquando da avaliação clínica da deglutição (Glenn-Molali, 2011).

De acordo com a informação obtida através da história de enfermagem, identificação das alterações das estruturas envolvidas no processo de deglutição e *score* obtido através da escala de GUSS, procedeu-se à seleção do tipo de dieta.

Reeducação Funcional Respiratória

A RFR deve ser iniciada precocemente, nas pessoas com disfagia, de forma a antever o risco de aspiração (Braga, 2016a). Os exercícios de expiração forçada, tosse assistida e dirigida foram os mais utilizados. Estes exercícios protegem a via aérea, logo reduzem o risco de pneumonia de aspiração (Braga, 2016a).

Paralelamente a estas intervenções existem cuidados transversais à pessoa com disfagia, sendo que, o enfermeiro especialista deve ter em atenção ao estado de consciência da pessoa, à sua posição, à disposição dos alimentos na mesa, à utilização de material de apoio, ao ruído durante a refeição, à disponibilidade durante a refeição, ao seu posicionamento após a refeição e à higiene oral (Glenn-Molali, 2011).

A reabilitação da deglutição também envolve a pessoa e seu familiar/cuidador, sendo que é determinante efetuar ensinamentos quanto aos métodos seguros para deglutir. Glenn-Molali (2011) certifica esta intervenção ao referir que o EEER funciona como advogado da família, na medida em que lhes transmite e explica todas as intervenções terapêuticas e seus progressos. A educação da pessoa e seu cuidador /familiar é o elo fulcral na reeducação funcional da deglutição. Portanto, é de salientar que a pessoa e seu familiar/cuidador devem apresentar conhecimento sobre o tipo de dieta, uso de dispositivos de compensação, riscos decorrentes de alimentos proibidos e as medidas de emergência em caso de engasgo.

Durante o estágio, nomeadamente aquando da definição do plano de estratégias de intervenção profissional foram desenvolvidos ensinamentos de acordo com as necessidades do utente/familiar/cuidador informal.

O EERR para conceber e implementar um plano de intervenção individualizado, deve compreender a anatomia e a fisiologia da deglutição, de forma a identificar as alterações clínicas e concomitantemente capacitar a pessoa com disfagia (Braga, 2016a).

3.1.1. Anatomia das estruturas que envolvem o processo de deglutição

A deglutição é um processo complexo que envolve atividades voluntárias e reflexas que permitem a passagem dos alimentos da cavidade oral até ao estômago sem comprometimento das vias aéreas. Mistry e Hamdy (2008) confirmam esta ideia, ao mencionarem que o processo de deglutição é composto por estruturas voluntárias e reflexas que envolvem 26 pares de músculos e cinco nervos cranianos.

A deglutição inicia-se quando as estruturas da cavidade oral (faringe, laringe e esófago) se coordenam com a interrupção da respiração (Glenn-Molali, 2011), e envolve quatro

estruturas anatómicas, como a cavidade oral, a faringe, a laringe e o esófago às quais estão envolvidos músculos e nervos cranianos (Braga, 2016b).

Com base nas características da amostra em estudo foi atribuída maior importância às estruturas envolvidas na fase orofaríngea. Contudo, as restantes estruturas não foram desvalorizadas na medida em que são cruciais para conhecer o mecanismo completo da deglutição.

A cavidade oral é constituída pelos lábios, mandíbula, bochechas, gengivas, dentes, língua, palato duro e mole, úvula, fauces anterior e posterior, amígdalas palatinas, glândulas salivares, músculos e nervos cranianos (V, VII, IX, X e XII) (Braga, 2016b).

Lábios

Os lábios dividem-se em superior e inferior, limitados por dois sulcos nasogenianos e constituídos por estruturas musculares formadas pelo músculo orbicular. Este músculo é considerado o mais importante por ser o responsável pelo fechar da boca. A elevação do lábio superior é efetuada pelos músculos, como o levantador do lábio superior e o zigomático maior e menor. A elevação e a protusão do lábio inferior são efetuadas pelos músculos mentonianos. A sua depressão é executada pelos músculos do quadrado mandibular que nascem no bordo inferior da mandíbula. A enervação motora dos lábios é feita pelo nervo facial (VII) e sensitiva pelo nervo trigémeo (V) (Vanputte *et al.*, 2016).

Bochechas

As bochechas formam a parede da cavidade oral e são constituídas pelo músculo bucinador. Este músculo aproxima as bochechas dos dentes. Os lábios e as bochechas ajudam na manipulação e trituração do alimento, assim como auxiliam na formação das palavras (Vanputte *et al.*, 2016).

Língua

A língua liga-se à cavidade oral pela sua parte posterior. A sua parte anterior é livre exceto a área que se encontra ligada ao pavimento da cavidade bucal. Os músculos associados a esta estrutura são divididos em intrínsecos, interior da língua, e extrínsecos, exterior da língua. Os músculos intrínsecos são responsáveis pela elevação e depressão da língua enquanto bebemos e deglutimos. Os extrínsecos são responsáveis pela sua exteriorização, retração e lateralização. Estes músculos permitem que a língua mobilize o alimento dentro da cavidade oral com a cooperação dos lábios e gengivas, assim como o imobiliza durante a mastigação. A língua é o principal órgão sensorial do paladar e da fala (Vanputte *et al.*, 2016).

Deste modo, salienta-se que a língua participa na mastigação, no paladar e fala. Segundo Logemann (2015), a língua é o órgão mais importante na mastigação e na preparação do alimento para a deglutição.

Palato

O palato é constituído pela parte óssea anterior, palato duro, e não óssea posterior, palato mole. A musculatura do palato mole termina na úvula. Esta estrutura separa a cavidade oral da nasal, prevenindo a entrada dos alimentos, durante a mastigação e deglutição, na cavidade nasal (Vanputte *et al.*, 2016).

Dentes

Os dentes são distribuídos por duas arcadas dentárias. Estas estruturas são importantes na mastigação e auxiliam na fala.

Os lábios e os dentes encontram-se envolvidos no processo de mastigação, pelo que se torna imperativo falar sobre o seu processo. A mastigação inicia-se quando o alimento, depois de colocado na boca, é triturado e mastigado pelos dentes e termina quando este está preparado para a deglutição e digestão. Quanto mais mastigado for o alimento maior vai ser a eficiência da digestão, uma vez que as enzimas digestivas atuam, apenas, na superfície do alimento. Os

músculos, temporal, masseter, pterigóideo medial e lateral, são responsáveis pela mobilidade da mandíbula durante a mastigação (Vanputte *et al.*, 2016).

Faringe

A faringe estende-se, anteriormente desde a base do crânio até à parte inferior da cartilagem cricoide, e posteriormente até à margem inferior da vértebra C6. Esta estrutura divide-se em nasofaringe, orofaringe e laringofaringe. A nasofaringe situa-se atrás dos coanes e logo acima do palato mole. A orofaringe estende-se desde o palato mole até à epiglote. A laringofaringe estende-se desde a epiglote até ao esófago e passa pela porção posterior da laringe. As paredes posteriores da orofaringe e da laringofaringe são compostas pelos músculos constritores faríngeos, como o superior, o médio e o inferior. Internamente é constituída pelos músculos, estilofaríngeo e palatofaríngeo e o salpingofaríngeo que permitem a sua elevação. A contração destes músculos é efetuada de cima para baixo, permitindo propulsionar o deslizamento do bolo alimentar no esófago. O músculo estilofaríngeo é innervado diretamente pelo nervo glossofaríngeo (IX), enquanto que os restantes são innervados por ramos do plexo faríngeo que é constituído pelo nervo glossofaríngeo (IX) e vago (X). A faringe permite entrada para os sistemas respiratório e digestivo, logo recebe ar da cavidade nasal, alimento sólido e líquido da cavidade oral (Vanputte *et al.*, 2016).

Laringe

A laringe localiza-se na porção anterior da garganta e estende-se da base da língua até à traqueia e dela fazem parte as cordas vocais. É composta por nove cartilagens, interligadas por músculos e ligamentos. A cartilagem tiroideia é considerada a maior, sendo constituída por duas lâminas que se unem em “V”, constituindo a maçã de adão. Inferiormente está situada a cartilagem cricóide, em formato de anel, que formam a base da laringe onde se apoiam as restantes cartilagens. Na parte ântero-posterior da laringe encontra-se a epiglote que está ligada à cartilagem tiroideia. A epiglote adota a forma de folha, quando está em repouso e toma a posição vertical, porém, durante o processo de deglutição desce até ficar abaixo do plano horizontal e protege as vias respiratórias. Concomitantemente as pregas vocais colocam-se na mesma posição e complementam o mecanismo de proteção. Esta estrutura externamente é fixa pelos músculos, esterno tireóideos, tiro-hióideos, constritor inferior da faringe, supra-hióideos e infra-hióideos e internamente pelo tirearitenóideo, cricaritenóideo posterior e lateral,

aritenóideos e o cricotiróideo, sendo estes responsáveis pela produção de som. Estes nervos são enervados pelo nervo vago (X) (Vanputte *et al.*, 2016).

Esófago

O esófago estende-se entre a faringe e o estômago. Localiza-se à altura da sétima vértebra cervical e posteriormente à traqueia. Penetra o diafragma pelo hiato esofágico e termina na parte superior do estômago. O esófago mobiliza o bolo alimentar até ao estômago através de movimentos peristálticos (Vanputte *et al.*, 2016).

3.1.2. Fisiologia da deglutição

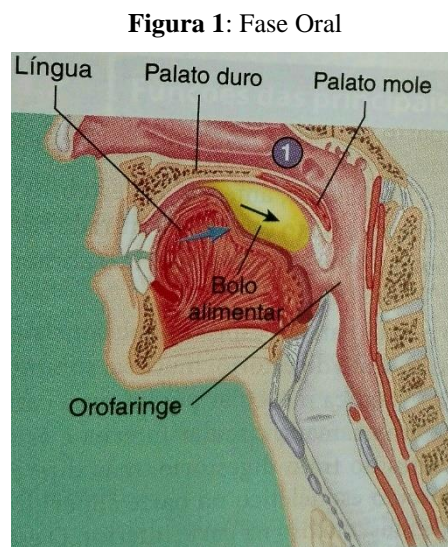
A fisiologia da deglutição processa-se, consoante o autor, em três ou quatro fases. Para Glenn-Molali (2011) o processo é concretizado em quatro fases, sendo a primeira denominada por fase oral preparatória, a segunda fase oral, a terceira fase faríngea e a última esofágica.

A fase oral preparatória é considerada voluntária, com duração de 10 segundos e inicia-se com o contacto visual com o alimento. Após o contacto visual com o alimento, a mandíbula abre, o alimento é introduzido, seguidamente os lábios fecham-se e através da sua musculatura é feita a selagem de forma a manter o alimento dentro da cavidade oral. Posteriormente, inicia-se a mastigação através dos movimentos coordenados e sincrónicos da mandíbula e língua, concomitantemente, a língua impulsiona os alimentos para os dentes e auxilia-os no processo de trituração. O processo da mastigação é efetuado várias vezes e de forma repetitiva até ser formado um bolo alimentar coeso. Os recetores sensoriais, existentes em toda a cavidade oral, transmitem informações sobre a sua temperatura, o seu sabor e a sua textura pelo nervo facial (VII) e glossofaríngeo (IX). O bolo alimentar permanece entre a porção anterior da língua e o palato. O véu palatino juntamente com a porção posterior da língua não deixa passar o bolo alimentar para a faringe. Durante esta fase as vias aéreas estão abertas enquanto que a faringe e a laringe estão em repouso (Vanputte *et al.*, 2016).

Esta fase é mais simples para os líquidos e mais complexa para os sólidos. Os líquidos são de imediato alojados e posicionados até serem deglutidos, porém os sólidos requerem de

mastigação, trituração até assumirem a forma ideal para serem deglutidos (Sasegbon & Hamdy, 2017).

A fase oral (Figura 1) corresponde a uma fase voluntária com a duração de 1 até 1,5 segundos. Inicia-se no momento em que a língua pressiona o bolo alimentar, aglomerado na sua zona central, contra o palato duro em direção à orofaringe e termina com a abertura do esfíncter glossopalatino (Vanputte *et al.*, 2016).

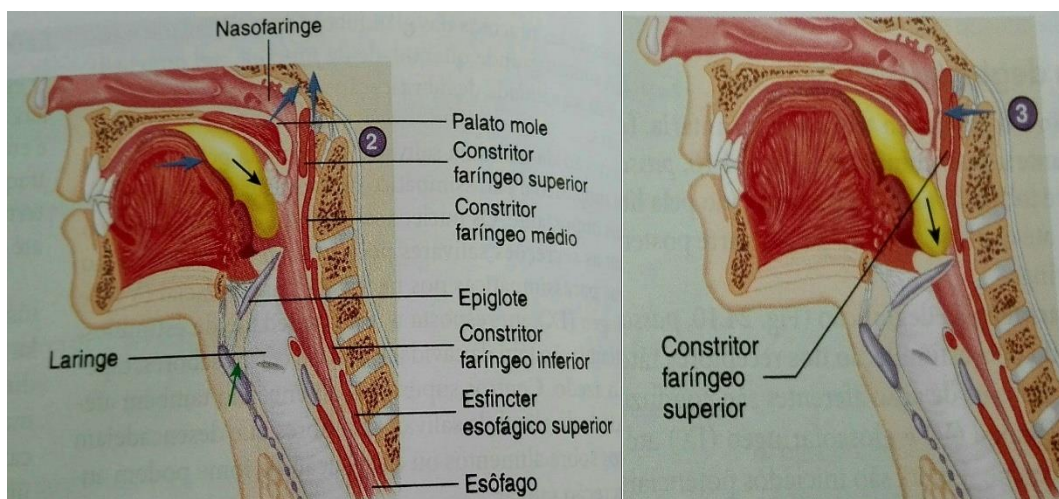


Fonte: Adaptado de Vanputte *et al.* (2016)

A fase faríngea (Figura 2), é considerada a mais complexa do mecanismo da deglutição por ter que coordenar as estruturas envolvidas, neste processo, com a manutenção da permeabilidade das vias aéreas enquanto o bolo alimentar se mobiliza ao longo da faringe até ao esófago (Glenn-Molali, 2011).

Esta fase é involuntária, contudo inicia-se voluntariamente e de forma reflexa, ou seja, no momento em que se decide iniciar a deglutição já não pode ser interrompida. Inicia-se com a elevação do palato mole, que encerra a passagem entre a nasofaringe e a orofaringe, ao mesmo tempo o esfíncter esofágico relaxa e a faringe eleva-se para receber o bolo alimentar proveniente da boca e conduzi-lo até ao esófago. Durante este processo é realizada a pausa respiratória para prevenir a entrada de resíduos alimentares nas vias aéreas. Este mecanismo, embora não existindo consenso na literatura, demora aproximadamente entre um a dois segundos (Vanputte *et al.*, 2016).

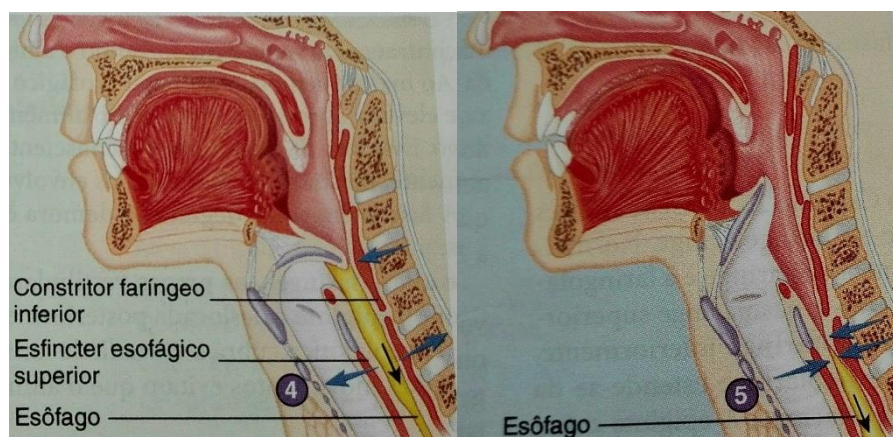
Figura 2: Fase Faríngea



Fonte: Adaptado de Vanputte *et al.* (2016)

A fase esofágica (Figura 3), é considerada uma fase reflexa com a duração de 8 a 20 segundos (Glenn-Molali, 2011). Contudo, pode durar entre 5 a 8 segundos. Nesta fase, o bolo alimentar é conduzido ao longo do esôfago até ao estômago através das contrações peristálticas do esôfago. Quando o bolo alimentar chega ao estômago o esfíncter esofágico inferior relaxa de forma a evitar o refluxo gastro esofágico (Vanputte *et al.*, 2016).

Figura 3: Fase Esofágica



Fonte: Adaptado de Vanputte *et al.*, (2016)

De acordo com o descrito é de salientar que a respiração e a deglutição são funções coordenadas a fim de evitar a aspiração. Jenks (2005), certifica esta ideia ao referir que a aspiração para os pulmões é evitada com a coordenação das fases da deglutição.

Assim, sempre que a passagem do alimento, da cavidade oral até ao estômago, é comprometida, significa que existem alterações, anatómicas e fisiológicas, da deglutição.

3.2. Objetivos da Intervenção Profissional

O objetivo é algo que se pretende atingir e não o que será feito, definindo a direção dada à ação e a natureza do trabalho desenvolvido. O processo de formulação de objetivos deve ter em mente objetivos reais e alcançáveis que permitam a realização de atividades passíveis de concretizar num período de tempo pré-estabelecido (Larocca, Rosso & Souza, 2005). Logo, tornou-se imperativo a definição de objetivos de intervenção durante a realização da unidade curricular Estágio final, na medida em que estes permitem, ao estudante, direcionar a intervenção que pretende desenvolver durante o estágio, representando um guia orientador do mesmo.

Neste sentido, para desenvolver uma prática de cuidados de ER, foram definidos como objetivos, o desenvolvimento de competências comuns de enfermeiro especialista e competências específicas de enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação de acordo com o Regulamento n.º 122/2011 e 125/2011, de 18 de fevereiro de 2011, da Ordem dos Enfermeiros. Contudo, sendo este um Mestrado foi determinante definir como objetivo a aquisição de competências de mestre, previstas no Decreto-Lei n.º 63/2016, de 13 de setembro.

Para alcançar as competências supraditas, foram prestados cuidados de ER a todas as pessoas admitidas no contexto da prática de cuidados, e paralelamente foi determinante a elaboração do projeto de intervenção profissional.

Quanto ao projeto de intervenção profissional, este centra-se na avaliação precoce da deglutição na pessoa com AVC e no contributo do EEER na implementação de um plano de estratégias de intervenção profissional, visando a prevenção de complicações. Decorrente da disfagia emergem múltiplas complicações que prolongam a demora média de internamento destes utentes e concomitantemente os custos dos cuidados de saúde. Desta forma, Teixeira e Silva (2009) reforçam a necessidade de intervenção multidisciplinar no sentido de prevenir o risco de pneumonia por aspiração, nos utentes em fase aguda do AVC, e possibilitar uma

alimentação oral em segurança o mais precocemente possível. Essa intervenção multidisciplinar assenta principalmente no despiste precoce da disfagia.

Na sequência desta linha de pensamento, o EEER recorrendo à sua intervenção especializada, elevado nível de julgamento clínico e tomada de decisão, encontra-se apto para intervir perante a pessoa com AVC, prevenindo as complicações decorrentes da disfagia. Assim, pretende-se demonstrar que o EEER ao avaliar, na admissão, a deglutição da pessoa com AVC através da escala de GUSS e do MECV-V consegue implementar um plano de intervenção que vise prevenir complicações e, concomitantemente, promover uma deglutição segura e eficaz.

Neste contexto, definiram-se os seguintes objetivos específicos para o projeto de intervenção profissional:

- Identificar o grau de disfagia nas pessoas com AVC;
- Implementar um plano de intervenção, em função do grau de disfagia;
- Avaliar o plano de intervenção, com identificação de alterações compatíveis com a presença de complicações.

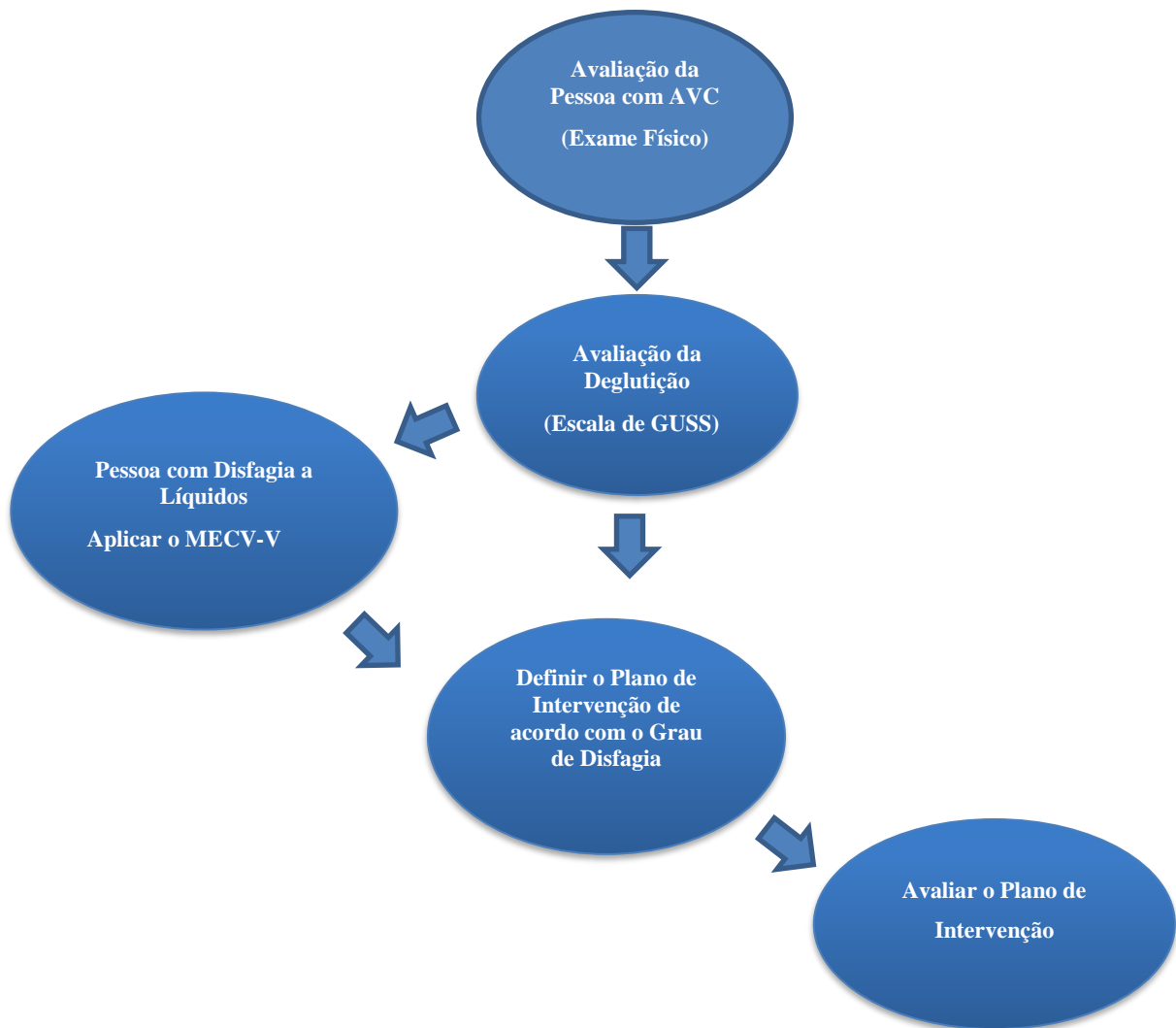
Durante o período de estágio, pretendemos captar todas as oportunidades passíveis de enriquecimento à autoaprendizagem enquanto futuros enfermeiros especialistas em ER, sendo que salientamos a importância da participação no programa de melhoria contínua, implementado a nível hospitalar, subordinado à deteção precoce da disfagia orofaríngea a todas as pessoas internadas no serviço de Medicina 3, através da aplicação da escala *Eating Assessement Tool* e MECV-V.

3.3. Metodologia

Neste subcapítulo apresenta-se a abordagem metodológica do projeto de intervenção profissional, subordinado ao tema “Avaliação precoce da deglutição na pessoa com AVC, na prevenção de complicações: Contributos do enfermeiro de reabilitação”. Trata-se de definir de

forma estruturada a metodologia a utilizar para dar resposta à questão que envolve este projeto de intervenção, nomeadamente, a amostra em estudo, os instrumentos utilizados na colheita de dados, a organização dos cuidados e os procedimentos éticos. O desenho deste projeto centrou-se na avaliação da deglutição na pessoa com AVC e na implementação de um plano de estratégias de intervenção profissional a estes sujeitos, em função do seu grau de disfagia (Figura 4).

Figura 4 - Desenho das Estratégias de Intervenção Profissional



O desenho das estratégias de intervenção profissional visa alcançar os objetivos específicos anteriormente definidos para este projeto de intervenção profissional.

3.3.1. Amostra em estudo

A avaliação da deglutição foi feita a todas as pessoas, com diagnóstico de AVC, admitidas no Serviço de Medicina 3 da Unidade Hospitalar de Faro - Centro Hospitalar Universitário do Algarve, durante o período de 25 de outubro a 19 de dezembro de 2017.

A amostra em estudo foi selecionada através dos critérios de inclusão e exclusão. Neste estudo foram incluídas pessoas com diagnóstico de AVC, com idade ≥ 65 anos e com *Score* ≥ 11 pontos na Escala de Coma de *Glasgow*. As pessoas com diagnóstico de pneumonia por aspiração associado ao AVC e com antecedentes de neoplasia, por precedentemente apresentarem sonda nasogástrica para alimentação e hidratação, foram excluídas do estudo.

Durante o período supracitado foram admitidas vinte e duas pessoas com diagnóstico de AVC, contudo, duas foram excluídas por requererem previamente de sonda nasogástrica para alimentação e hidratação (antecedente de neoplasia da laringe e do estômago). As restantes vinte pessoas foram submetidas à avaliação da deglutição.

Como se pode verificar através da tabela 1, que resume os aspetos relativos à caracterização das pessoas que participaram neste projeto de estratégias de intervenção profissional, esta amostra é constituída por pessoas com idades compreendidas entre os 70 e os 93 anos, sendo a idade média de 81 anos. Os participantes são predominantemente do sexo masculino, com 65.0%. Predominam as pessoas com AVC Isquémico (85.0%) e de entre os antecedentes pessoais sobressai a hipertensão arterial, com 75.0 %, seguido da dislipidemia e da hipertrofia benigna da próstata, ambos com 25.0%.

Tabela 1 - Caracterização da Amostra

Idade	70-75 anos: 4 (20 %) 76-81 anos: 7 (35 %) 82-87 anos: 6 (30 %) 88-93 anos: 3 (15 %)
Género	Masculino: 13 (65.0 %) Feminino: 7 (35.0 %)
Tipo de AVC	AVC Isquémico: 17 (85.0 %) AVC hemorrágico: 3 (15.0 %)
Antecedentes Pessoais	Hipertensão arterial: 15 (75.0 %) Dislipidemia: 5 (25.0 %) Hipertrofia Benigna da Próstata: 5 (25.0 %) Fibrilhação Auricular: 2 (10.0 %) Diabetes Mellitus Tipo II: 4 (20.0 %) Tabagismo: 1 (5.0 %)

Fonte: O Próprio

3.3.2. Instrumentos de colheita de dados

A recolha de dados foi executada através da aplicação da escala de GUSS (Anexo A), do MECV-V (Anexo B) e da escala de Coma de *Glasgow* (Anexo C). Os resultados obtidos após a aplicação destas escalas foram efetuados os registos numa folha elaborada para a amostra em estudo (Anexo D).

A escala de GUSS e MECV-V foram os dois instrumentos selecionados para a avaliação da deglutição, por não dependerem de uma avaliação por videofluroscopia e/ou terapeuta da fala. A videofluroscopia é o método ideal, para o diagnóstico da disfagia, por possibilitar a visualização completa, em tempo real, do trajeto realizado pelo alimento desde a boca até ao esófago. Todavia, é um procedimento invasivo e de custo elevado sendo apenas efetuado em situações de extrema importância (Singh & Hamdy, 2006). Assim, é de consignar que a utilização dos instrumentos não-invasivos continuam a ser as principais formas de avaliação da disfagia.

Os instrumentos utilizados na avaliação da deglutição, escala de Coma de *Glasgow*, GUSS e MECV-V, foram aplicados pela mesma enfermeira a fim de evitar falsos resultados. A escala de GUSS é específica para pessoas com AVC, relaciona o grau de disfagia com o risco

de aspiração associado, assim como indica recomendações para cada grau de disfagia. Divide-se em duas etapas, sendo a primeira denominada por teste de ingestão indireta “*Indirect Swallowing Test*” e a segunda por teste direto da deglutição “*Direct Swallowing Test*” (Trapl *et al.*, 2007; Cardoso *et al.*, 2011).

Na primeira etapa a avaliação baseia-se essencialmente em três pontos-chaves, vigilância, tosse e/ou pigarro (*vigilance, cough and/or throat clearing*) e engolir (*swallow*), sendo que, o engolir (*swallow*) subdivide-se em engolir com sucesso, sialorreia e mudança de voz (*swallowing successful, drooling e voice change*). A vigilância (*vigilance*) diz respeito ao estado de alerta da pessoa. Deste modo, foi feita a avaliação do estado de consciência através da escala de Coma de *Glasgow*, uma vez que a pessoa tem que permanecer vígil durante 15 minutos. O *score* máximo desta etapa é 5 pontos. Sempre que o *score* final for inferior ao máximo a pessoa apresenta disfagia grave com alto risco de aspiração. O *score* máximo permite a passagem, da pessoa, para a segunda fase da escala.

A segunda fase subdivide-se em três sub-etapas, sendo que cada uma corresponde a uma consistência. A primeira consistência a ser avaliada é a semissólida (*semisolid*) (alimento de consistência pastosa), a segunda é o líquido (*liquid*) [3, 5, 10, 20 e 50 mililitros (ml) de água] e por último o sólido (*solid*) (pedaços de pão humidificado). Cada sub-etapa é avaliada com base nos seguintes sinais de alerta: Deglutição (deglutição não possível, deglutição tardia e deglutição com sucesso) *Deglutition* (*swallowing not possible, swallowing delayed e swallowing successful*); Tosse involuntária, sialorreia e mudança de voz (*Gough involuntary; drooling e voice change*). A avaliação é efetuada sequencialmente de forma a obter um *score* máximo em cada sub-etapa de 5 pontos. Sempre que a pessoa não apresente o *score* máximo numa sub-etapa não pode prosseguir para a próxima sem primeiramente ser identificado a causa. Quanto maior for a pontuação em cada sub-etapa melhor será o desempenho da deglutição.

Após a aplicação da escala é obtido um *score* que determina o grau de disfagia com o risco de aspiração associado, a consistência que a pessoa apresenta comprometida assim como as recomendações indicadas de acordo com o grau da disfagia (Anexo A). A deglutição é considerada normal/ sem disfagia com risco mínimo de aspiração sempre que o *score* for de 20 pontos. Quando o *score* for entre 0 a 19 pontos, a deglutição encontra-se comprometida, definindo-se por disfagia ligeira com baixo risco de aspiração quando o *score* for entre 15 a 19

pontos, disfagia moderada com risco de aspiração quando o *score* for entre 10 a 14 pontos e por grave com alto risco de aspiração quando o *score* for entre 0 a 9 pontos (Trapl *et al.*, 2007).

Sempre que a pessoa ostente um *score* entre 10 e 14 pontos apresenta disfagia para líquidos, neste sentido tornou-se imperativo selecionar um instrumento que colmate esta problemática, uma vez que a escala de GUSS não faz qualquer referência face à viscosidade que a pessoa deve ingerir os líquidos, sempre que apresente disfagia.

O MECV-V, foi o instrumento selecionado para ser aplicado sempre que a pessoa apresente disfagia para líquidos aquando da avaliação da escala de GUSS. Este instrumento pode ser aplicado por qualquer profissional de saúde desde que integrado numa equipa multidisciplinar (Clavé *et al.*, 2008).

Este método integra duas fases, sendo a primeira constituída por uma história clínica, que compreende a avaliação cognitiva da pessoa, a informação contígua aos sinais de alteração da deglutição detetados pela mesma, assim como o seu impacto no estado nutricional, e a segunda fase corresponde à aplicação propriamente dita do método. As viscosidades (néctar, líquida e pudim), os volumes (5, 10 e 20 ml), assim como os sinais de segurança (tosse; alterações na qualidade da voz e diminuição da saturação de oxigénio superior ou igual a 5%) e de eficácia (encerramento labial ineficaz com escape anterior de alimento; resíduos orais; deglutições múltiplas e suspeita de resíduos faríngeos) são os elementos incluídos nesta fase. Estes dois tipos de sinais de alerta são avaliados concomitantemente. Contudo, sempre que a pessoa apresente alterações a nível da eficácia e mantenha a segurança, a um volume, o processo de avaliação continua. Sempre que subsista sinais de alteração da segurança, a um dado volume, e preserve os sinais de eficácia a avaliação passa de imediato para a viscosidade mais espessa. Assim, a avaliação deste método, ao contrário da escala de GUSS, não é feita sequencialmente. No anexo E encontra-se representado o fluxograma de exploração do MECV-V.

A avaliação inicia-se com a viscosidade néctar, para amenizar o risco de aspiração à pessoa com propensão à disfagia para líquidos. Nesta viscosidade, sempre que não existirem sinais de alteração de segurança, para os três volumes, a avaliação progride para a consistência líquida e posteriormente para a pudim. Porém, se existir alteração dos sinais de segurança a avaliação, a um dado volume, passa de imediato para a viscosidade mais espessa. A avaliação é cessada, se os sinais de segurança continuarem a persistir na consistência tipo pudim. Após a

aplicação deste instrumento é determinada a viscosidade e o volume que proporcionam para a pessoa uma deglutição em segurança.

Neste projeto, a escolha deste instrumento teve como finalidade identificar a viscosidade e o volume que proporcionariam à pessoa, com disfagia para líquidos, uma deglutição em segurança. Logo, as pessoas com disfagia a líquidos, identificadas na escala de GUSS, não foram submetidas à avaliação da viscosidade líquida existente neste método. Paralelamente, sempre que a pessoa apresentou, pela primeira vez, uma deglutição segura para os três volumes, numa das viscosidades, a avaliação foi cessada.

A viscosidade mel, por constar na ficha de identificação de espessante, foi inserida na avaliação do MECV-V, uma vez que poderia ser uma das viscosidades que garantisse, à pessoa, uma deglutição segura. A sua avaliação foi feita antes da consistência pudim. No serviço de Medicina 3 o MECV-V é utilizado no despiste da disfagia orofaríngea, assim como a consistência tipo mel é incluída na avaliação.

A escala de Coma de *Glasgow* permitiu avaliar o estado de consciência da pessoa com AVC durante a primeira fase da escala de GUSS. A escala de Coma de *Glasgow* foi desenvolvida por Teasdale, em 1974, com o objetivo de avaliar o índice de gravidade do trauma. É considerada um eficiente preditor de mortalidade hospitalar avaliando 3 elementos, motor, resposta ocular e resposta verbal (Moore, Lavoie, Camdem, La Sage, Sampalis, Bergeron & Abdous, 2006). O estudo realizado pelos mesmos autores demonstra para esta escala tem um nível de confiança de 95% e um coeficiente de confiabilidade entre 0,815 e 0,833.

Para além destes três instrumentos de colheita de dados foi crucial definir outras medidas de forma a poder alcançar os objetivos do projeto de estratégias de intervenção profissional. Após a reunião efetuada com o Diretor de Serviço, ficou definido que a aplicação de procedimentos invasivos, radiografia ao tórax e a gasimetria, só seriam realizados em caso de evidência de sinais de manifestação clínica, nomeadamente febre (temperatura > 38° centígrados), expectoração purulenta, dispneia ou agravamento das trocas gasosas (dessaturação de oxigénio, aumento das necessidades de oxigénio ou aumento das necessidades de ventilação), sendo que estas alterações é que justificariam a realização da radiografia ao tórax para definição do diagnóstico de pneumonia. Assim, a monitorização da saturação periférica de oxigénio, da temperatura corporal e a vigilância da presença de secreções foram as variáveis

submetidas a avaliação. A sua seleção baseou-se nos sintomas mais típicos da pneumonia por aspiração assim como no método de recolha do seu registo durante a implementação do projeto.

Cardoso e Silva (2010), referem que existe uma relação entre a avaliação da saturação periférica de oxigénio e a disfagia. Esta relação baseia-se na diminuição da saturação periférica de oxigénio (2%) no momento da deglutição, o que indica que pode existir comprometimento do sistema respiratório. O MECV-V define como sinais de alteração de segurança saturação periférica de oxigénio < 5%, pelo que esta foi a percentagem considerada viável durante a implementação do projeto. O estudo desenvolvido por Lim *et al.* (2001), provou que a combinação de um teste de deglutição de água com a saturação periférica de oxigénio é um instrumento muito sensível na identificação da aspiração em pessoas com AVC.

Durante a aplicação dos dois instrumentos, escala de GUSS e MECV-V, foram utilizadas colheres de plástico de sobremesa; copos de plástico transparente; seringa de 50 ml para medir os volumes administrados; água, papo-seco; espessante à base de goma xantana, estetoscópio, termómetro e oxímetro de pulso.

O espessante, Claro NM, à base de goma xantana, foi o utilizado neste estudo. As viscosidades foram adaptadas de acordo com as características da marca do espessante. Este tipo de espessante é indicado para pessoas com problemas de deglutição comprometida. A goma xantana, segundo o folheto informativo, é multifacetada e maleável. Pode ser utilizada em alimentos quentes ou frios, assim como pode ser dissolvida numa vasta gama de alimentos e bebidas. A sua fórmula é adaptada para diabéticos, resistente à saliva, permite que seja dissolvida de forma rápida e sem grumos, logo mantém a consistência apropriada e pretendida (Tabela 2).

Tabela 2 - Consistência versus Dosagem de Espessante

Consistência	Dosagem de Espessante Claro NM/125 ml
▪ Néctar	▪ 2 gramas = 1 medida
▪ Mel	▪ 4 gramas = 2 medidas
▪ Pudim	▪ 6 gramas = 3 medidas

Fonte: Dietcare

A avaliação da escala de GUSS, contemplou uma durabilidade entre 30 a 50 minutos e o MECV-V de 15 a 30 minutos. Esta durabilidade integra o tempo de preparação do material e a colaboração do utente.

3.3.3. Organização dos cuidados

A avaliação da deglutição foi feita na admissão ou nas primeiras 24 horas. Para as pessoas que não apresentaram deglutição comprometida a avaliação da deglutição, foi efetuada no momento da alta e/ou em caso de agravamento da sua situação de saúde. As pessoas que ostentaram de deglutição comprometida, a avaliação da deglutição teve lugar quatro dias após admissão, posteriormente a cada sete dias, no momento da alta e/ou em caso de agravamento da sua situação de saúde.

A monitorização da temperatura timpânica, a saturação periférica de oxigénio e a vigilância da presença de secreções foi efetuada uma vez por turno. Contudo, durante a avaliação e treinos de deglutição, a saturação periférica de oxigénio foi executada de forma contínua.

A apreciação dos instrumentos da avaliação da deglutição, escala de GUSS e MECV -V, contribuíram na elaboração do diagnóstico de deglutição comprometida. Depois de ser feito o diagnóstico procedeu-se à implementação de um programa de estratégias de intervenção profissional, individualizado, com base nas capacidades da pessoa. O plano de intervenção foi reajustado, de acordo com o *score* obtido, através da aplicação dos instrumentos supracitados.

O plano de intervenção de ER baseou-se na implementação de um programa de estratégias de intervenção profissional baseadas no tipo de dieta, viscosidade de líquidos, forma de administração da medicação, posicionamento, exercícios orofaciais, exercícios de RFR, manobras facilitadoras da deglutição, assim como em momentos formativos, aos cuidadores ao longo do turno. Glenn-Molali (2011) defende esta ideia, ao consignar que existe um conjunto de intervenções de enfermagem, implícitas à pessoa com disfagia, que passam pela modificação da dietética, posturas, técnicas de deglutição compensatórias, estimulação sensorial, equipamento adaptativo, higiene oral e a educação da pessoa e família. Este plano de

intervenção fez recurso à linguagem da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem.

3.3.4. Procedimentos éticos

O projeto de intervenção exige procedimentos éticos que devem ser realizados antes, durante e depois da sua implementação. Neste sentido foi necessário endereçar um pedido de autorização à Comissão de Ética para a Saúde (Anexo F), à Senhora Presidente do Conselho de Administração (Anexo G) e à Senhora Enfermeira Diretora do Centro Hospitalar Universitário do Algarve (Anexo H). Ao pedido dirigido à Comissão de Ética foi anexado o resumo alusivo ao projeto de intervenção, onde constava de forma resumida o âmbito da sua implementação, os objetivos, as características da população alvo, a metodologia de investigação, os instrumentos de recolha de dados, a natureza de tratamento dos dados, assim como o consentimento informado (Anexo I). Posteriormente à aceitação da proposta pela Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar Universitário do Algarve (Anexo J) foi efetuada uma reunião com o orientador, para definir as estratégias de recolha de dados. Seguidamente, foi realizada uma reunião com o Diretor de Serviço, Enfermeira Chefe e Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação, onde foi explanada a finalidade do projeto, assim como solicitada a sua colaboração. Por último, foram transmitidos à equipa de enfermagem os objetivos do projeto assim como foi requerida a sua participação durante a concretização do projeto.

O consentimento informado foi entregue à amostra inserida neste estudo. Concomitantemente foi explicado à pessoa e ao cuidador informal o objetivo do estudo, a sua importância perante a melhoria na qualidade dos cuidados, assim como foram informados da confidencialidade da informação obtida.

3.4. Resultados

Neste capítulo são apresentados os resultados decorrentes da implementação do programa de estratégias de intervenção profissional baseados na avaliação da deglutição, efetuada através da escala de Coma de *Glasgow*, GUSS e do MECV-V.

Avaliação Estrutural

Anteriormente à avaliação da deglutição foi realizado o exame objetivo às pessoas inseridas no projeto, baseado numa avaliação estrutural. De acordo com os dados explanados na tabela 3, podemos constatar que as alterações com maior evidência é o desvio da comissura labial em 55% das pessoas que integraram esta amostra. Segue-se o déficit de preensão labial com recurso a espátula com 40% e seguido a alteração da dentição em 35% da amostra.

Tabela 3 - Resultados da Avaliação Estrutural

Exame Objetivo	Nº de Pessoas	%
Alteração no Controlo da Cabeça e Pescoço	3	15%
Alteração na Mobilidade da Mandíbula	2	10%
Alteração na Mobilidade Língua	3	15%
Alteração na Preensão Labial	8	40%
Alteração na Insuflação das Bochechas	3	15%
Desvio da comissura labial	11	55%
Alteração da dentição	7	35%
Língua Seborrosa	3	15%
Ausência de Sensibilidade Intraoral	2	10%

Fonte: O próprio

Avaliação Funcional da deglutição

Em termos funcionais, a avaliação da deglutição foi realizada com base na escala de GUSS. Primeiramente procedeu-se à avaliação do estado de vigilância, uma vez que a pessoa tinha de estar vígil durante 15 minutos. Deste modo, a avaliação foi feita a todas as pessoas inseridas no projeto, através da escala de Coma de *Glasgow*. A amostra apresentou um *score* entre 13 e 15 (Tabela 4).

Tabela 4 - Resultados da Avaliação da Escala de Coma de *Glasgow*

Score	Nº de Pessoas	%
Score 13	3	15.0
Score 14	6	30.0
Score 15	11	55.0
Total	20	100.0

Fonte: O próprio

Das vinte pessoas em estudo, quatro (20 %) exibiram um *score* < a 5 pontos, sendo que ficaram retidas nesta fase por apresentarem disfagia grave com alto risco de aspiração (*Severe dysphagia with a high risk of aspiration*). Os restantes dezasseis (80%) exibiram um *score* de 5 pontos que permitiu a passagem para a segunda fase da escala de GUSS (Tabela 5)

Tabela 5 - Resultados da 1ª Fase da Escala de GUSS (*Indirect Swallowing Test*)

Score	Nº de Pessoas	%
Score < a 5 pontos	4	20.0
Score > a 5 pontos	16	80.0
Total	20	100.0

Fonte: O próprio

A ingestão ineficaz da saliva (*No swallowing successful*), a sialorreia (*Drooling*) e a mudança de voz (*Voice change*), foram os sinais de gravidade, com maior destaque, para as pessoas que apresentaram disfagia grave com alto risco de aspiração (*Severe dysphagia with a high risk of aspiration*) *score* inferior a 5 pontos.

A avaliação da segunda fase da escala de GUSS determinou um *score* que juntamente com o *score* obtido na primeira fase definiu o grau da disfagia (*Severity code*), o risco de aspiração (*risk of aspiration*) e as texturas sem sucesso (*textures unsuccessful*). Das vinte pessoas, submetidas à avaliação da escala de GUSS, é de salientar que dez pessoas ostentaram disfagia ausente com risco mínimo de aspiração (*No dysphagia minimal risk of aspiration*), *score* de 20 pontos, duas pessoas apresentaram disfagia ligeira com baixo risco de aspiração (*Slight dysphagia with a low risk of aspiration*), *score* entre 15 a 19 pontos, quatro exibiram disfagia moderada com risco de aspiração (*Moderate dysphagia with a risk of aspiration*), *score* entre 10 a 14 pontos e quatro demonstraram disfagia grave com alto risco de aspiração (*Severe dysphagia with a high risk of aspiration*), *score* entre 0 a 9 pontos (Tabela 6).

Tabela 6 - Resultado Final da Escala de GUSS

Grau de Disfagia (<i>Severity Code</i>)	Score	Nº de Pessoas	%
Disfagia ausente com risco mínimo de aspiração (<i>No dysphagia minimal risk of aspiration</i>) – 20 pontos	20	10	50.0
Disfagia ligeira com baixo risco de aspiração (<i>Slight dysphagia with a low risk of aspiration</i>) 15 a 19 pontos	17	2	10.0
Disfagia moderada com risco de aspiração (<i>Moderate dysphagia with a risk of aspiration</i>) 10 a 14 pontos	14 13	2 2	10.0 10.0
Disfagia grave com alto risco de aspiração (<i>Severe dysphagia with a high risk of aspiration</i>) 0 a 9 pontos	3 2 1	1 1 2	5.0 5.0 10.0
Total		20	100.0

Fonte: O próprio

As duas pessoas (10%) que patentearam de disfagia ligeira com baixo risco de aspiração (*Slight dysphagia whit a low risk of aspiration*) demonstraram deglutição comprometida para sólidos. As restantes quatro (20%) que exibiram de disfagia moderada com risco de aspiração (*Moderate dysphagia whit a risk of aspiration*) apresentaram deglutição comprometida para líquidos (Tabela 7).

Tabela 7 - Disfagia versus Consistências

Grau de Disfagia (<i>Severity Code</i>)	Consistência sem sucesso (<i>Textures Unsuccessful</i>)	Nº de Pessoas	%
Disfagia ligeira com baixo risco de aspiração (<i>Slight dysphagia with a low risk of aspiration</i>)	Sólido (<i>Solid</i>)	2	10.0
Disfagia moderada com risco de aspiração (<i>Moderate dysphagia with a risk of aspiration</i>)	Líquido (<i>Liquid</i>)	4	20.0
Total		6	30.0

Fonte: O Próprio

O atraso na deglutição (*Swallowing delayed*), a tosse e/ou pigarro (*Cough and/ or Tough Clearing*) foram os sinais de alerta com maior evidência para as pessoas que apresentaram

disfagia para líquidos. As pessoas com disfagia para sólidos demonstraram atraso na deglutição (*Swallowing delayed*), sialorreia (*Drooling*) e a mudança de voz (*Voice Change*) (Tabela 8).

Tabela 8 - Sinais de Gravidade segundo a Consistência Comprometida

Sinais de Gravidade		Consistência			Consistência	
		Nº	%		Nº	%
Atraso na deglutição (<i>Swallowing delayed</i>)		4	20.0		2	10.0
Tosse e/ou pigarro (<i>Cough and/ or Tough Clearing</i>)	Líquido (<i>Liquid</i>)	1	5.0	Sólido (<i>Sólid</i>)	0	0.0
Sialorreia (<i>Drooling</i>)		0	0.0		2	10.0
Mudança de voz (<i>Voice Change</i>)		0	0.0		2	10.0

Fonte: O Próprio

Avaliação do MECV-V

Das pessoas com deglutição comprometida, exceto as com disfagia grave e ligeira, quatro exibiram disfagia para líquidos, pelo que emergiu a necessidade de aplicar o MECV-V de forma a promover, ao utente, uma deglutição segura e eficaz.

De acordo com os dados apresentados na tabela 9 é de realçar que três pessoas não evidenciaram sinais de alteração de segurança e eficácia, para a viscosidade néctar e para os três volumes, pelo que avaliação foi cessada por ter sido identificada a viscosidade e o volume que proporcionaram à pessoa uma deglutição segura. Porém, uma pessoa demonstrou, na viscosidade néctar para o volume de 10 ml, sinais de alteração de segurança, particularmente, tosse e alteração na qualidade vocal (voz molhada). Deste modo, a avaliação foi cessada e passou para a consistência mel. Nesta viscosidade a pessoa não evidenciou sinais de alteração de segurança para os três volumes, pelo que foi cessada a avaliação. A amostra submetida à aplicação deste método não demonstrou sinais de alteração de eficácia, nomeadamente, encerramento labial ineficaz, resíduos orais, deglutições múltiplas e suspeita de resíduos faríngeos.

Tabela 9 - Resultados da Avaliação do MECV-V

Viscosidade e Volume com Segurança e Eficácia						
Viscosidade Nº de Pessoas	Néctar 3			Mel 1		
	Sinais de Alteração de Segurança					
	5 ml Nº	10 ml Nº	20 ml Nº	5 ml Nº	10 ml Nº	20 ml Nº
Tosse	0	1	0	0	0	0
Alteração na qualidade vocal (voz molhada, fraca, etc.)	0	1	0	0	0	0
Diminuição da saturação de Oxigénio ($\geq 5\%$)	0	0	0	0	0	0

Fonte: O próprio

Em suma, salientamos das quatro pessoas que apresentavam disfagia para líquidos, três apresentaram deglutição compensada e segura com a viscosidade tipo néctar e uma com a viscosidade tipo mel.

Paralelamente à avaliação da escala de GUSS e do MECV-V, fez-se a observação de presença de secreções, monitorização da saturação periférica de oxigénio e da temperatura timpânica. Os valores apresentados na tabela 10 referem-se à primeira avaliação da escala de GUSS.

Tabela 10 - Resultados dos Procedimentos não Invasivos

Procedimentos não invasivos	Valor	Nº	%
Saturação Periférica de Oxigénio	90 a 94%	0	0.0
	95 a 99%	20	100.0
Temperatura timpânica	36 a 36,9%	20	100.0
	37 a 37,9%	0	0.0
Presença de Secreções	A amostra não evidenciou secreções		

Fonte: O próprio

No quadro 2, realçamos os resultados obtidos, desde a admissão até ao momento da alta, após o planeamento e implementação do plano de intervenção de ER.

Quadro 2: Resultados após a Implementação do Plano de Intervenção de ER

<p>Grau de Disfagia <i>(Severity Code)</i></p>	<p>Resultado após a Implementação do Plano de Intervenção de ER</p>
<p>Disfagia ausente com risco mínimo de aspiração <i>(No dysphagia minimal risk of aspiration)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Os dez utentes mantiveram a deglutição, continuaram a alimentar-se da dieta Mole AVC e a ingerir líquidos, normalmente, até ao dia da alta.
<p>Disfagia ligeira com baixo risco de aspiração <i>(Slight dysphagia with a low risk of aspiration)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dos dois utentes com disfagia ligeira: <ul style="list-style-type: none"> ○ Um manteve o <i>score</i> na escala de GUSS, a dieta – Mole AVC personalizada (papa ao pequeno almoço e lanche, sopa cremosa e segundo prato ao almoço e jantar) e a ingestão de líquidos, normalmente, até ao dia da alta. ○ O outro obteve um <i>score</i> de 20 na escala de GUSS o que representa disfagia ausente com risco mínimo de aspiração. Passou a alimentar-se de dieta Mole AVC e continuou a ingerir líquidos, normalmente, até ao dia da alta.
<p>Disfagia moderada com risco de aspiração <i>(Moderate dysphagia with a risk of aspiration)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dos quatro utentes com disfagia moderada: <ul style="list-style-type: none"> ○ Dois devido ao agravamento do seu estado de saúde, repetição do AVC e dores osteoarticulares, agravaram o grau de disfagia, demonstrando disfagia grave com alto risco de aspiração. ○ Um utente requereu de entubação nasogástrica para alimentação entérica e hidratação até ao final do estudo. ○ O outro, após a estabilização do seu quadro clínico, iniciou treino de deglutição com dieta passada cremosa, tendo sido posteriormente removida sonda nasogástrica. No final do estudo, apresentou disfagia moderada com risco de aspiração, tendo sido adequada a dieta para - passada cremosa- e providenciados líquidos espessados (viscosidade tipo mel, viscosidade anteriormente ingerida). ○ Os outros dois utentes mantiveram o mesmo <i>score</i> na escala de GUSS, a dieta (passada cremosa) e a ingestão de líquidos espessados (viscosidade tipo néctar).
<p>Disfagia grave com alto risco de aspiração <i>(Severe dysphagia with a high risk of aspiration)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Os quatro utentes com disfagia grave mantiveram sonda nasogástrica, durante o internamento, para alimentação e hidratação assim como foram executados exercícios de RFR e RFM. • Um dos quatro utentes iniciou treino de deglutição, por apresentar mobilidade da língua, conseguir deglutir a saliva em duas vezes sem apresentar tosse involuntária (antes, durante ou após a ingestão), sialorreia e mudança na qualidade da voz.

	<ul style="list-style-type: none"> O treino de deglutição foi efetuado pelo EEER com alimentos de consistência cremosa, sopa e papa de fruta sem bolacha. Verificou-se que o utente apresentava reflexo de deglutição diminuído sempre que ingeria uma colher rasa, de sobremesa, de sopa, deglutindo-a em duas vezes, contudo sem evidência de tosse voluntária antes, durante ou após a ingestão, refluxo nasal, sialorreia e mudança na qualidade de voz. Face à papa de fruta sem bolacha, verificou-se que conseguia deglutir uma colher rasa, de sobremesa, numa só vez. Quando ficava cansado apresentava múltiplas deglutições e acumulava resíduos alimentares no vestíbulo esquerdo, pelo que requeria de estimulação verbal continua para efetuar a limpeza dos vestíbulos com a língua e deglutir.
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Fonte: O próprio

Em suma, 18 pessoas mantiveram o grau de disfagia/risco de aspiração, uma reabilitou o seu quadro disfágico e outra piorou devido ao agravamento da sua situação de saúde. (Tabela 11).

Tabela 11 - Resultados do Grau de Disfagia/ Risco de Aspiração antes e após a Implementação do Plano de Intervenção

Severidade da Disfagia	Início do Estudo		Fim do Estudo	
	Nº	%	Nº	%
Disfagia Ausente <i>(No dysphagia minimal risk of aspiration)</i>	10	50.0	11	55.0
Disfagia Ligeira <i>(Slight dysphagia with a low risk of aspiration)</i>	2	10.0	1	5.0
Disfagia Moderada <i>(Moderate dysphagia with a risk of aspiration)</i>	4	20.0	3	15.0
Disfagia Grave <i>(Severe dysphagia with a high risk of aspiration)</i>	4	20.0	5	25.0
Total	20	100.0	20	100.0

Fonte: O próprio

Quanto à avaliação dos procedimentos não invasivos, salientamos que os vinte utentes, inseridos no projeto, mantiveram-se apiréticos e sem evidência de secreções. Dezanove mantiveram as saturações periféricas de oxigénio, contudo um requereu de suporte de oxigénio devido ao agravamento da sua situação de saúde. O agravamento da situação de saúde não se relacionou com a pneumonia de aspiração. Os resultados apresentados na tabela 12, referem-se aos valores obtidos durante o internamento.

Tabela 12 - Resultados Alusivos aos Procedimentos não Invasivos após a Implementação do Plano de Intervenção

Procedimentos não invasivos	Valor	Nº	%
Saturação Periférica de Oxigénio	90 a 94%	1	5.0
	95 a 98%	19	95.0
Temperatura timpânica	36 a 36,9°C	20	100.0
	37 a 37,9	0	0.0
Presença de Secreções	A amostra não evidenciou secreções		

Fonte: O próprio

De acordo com os dados na tabela a intervenção do enfermeiro de reabilitação originou uma melhoria na qualidade dos cuidados prestados através da aplicabilidade de instrumentos de avaliação que permitiram fazer o diagnóstico precoce de deglutição comprometida/risco de aspiração, assim como prevenir as complicações associadas à disfagia.

3.5. Discussão dos Resultados

O objetivo principal deste projeto de intervenção profissional foi avaliar a eficácia da implementação precoce de um plano de estratégias de intervenção de ER à pessoa com alterações na deglutição após AVC, de forma a prevenir complicações associadas à disfagia, nomeadamente a pneumonia por aspiração, e concomitantemente garantir a deglutição segura.

Neste sentido o enfermeiro de reabilitação, para avaliar a deglutição da pessoa com AVC, necessita apenas de um método de avaliação, sendo que este deve ser adequado às características da amostra em estudo (Etges, Scheeren, Gomes & Barbosa, 2014). Assim, a avaliação da deglutição foi feita, através da escala de GUSS, a todas as pessoas com diagnóstico de AVC admitidas no serviço de Medicina 3.

Aquando da aplicação da escala de GUSS observou-se que 50%, da amostra em estudo, apresentou disfagia ausente e os restantes 50% disfagia, sendo que 10% exibiram disfagia

ligeira, 20% disfagia moderada e 20% disfagia grave. O estudo desenvolvido por Ferreira, *et al.* (2018), com recurso à escala de GUSS, demonstra que 52,87% não apresentaram disfagia, 14,37% apresentaram disfagia ligeira, 17,24% disfagia moderada e 15,52% disfagia grave.

Após a identificação do grau de disfagia, emergiu a necessidade de utilizar um instrumento que garantisse, aos utentes com disfagia para líquidos, a deglutição em segurança. Das quatro pessoas com disfagia para líquidos, três apresentaram sinais de segurança e eficácia para a viscosidade néctar e uma pessoa para viscosidade tipo mel. Assim, é de salientar que o MECV-V permitiu, através das alterações na segurança e eficácia da deglutição, identificar a viscosidade e o volume para a deglutição segura. O estudo efetuado por Rofes *et al.* (2014) demonstra que a aplicação deste instrumento melhorou a segurança da deglutição de noventa e sete pessoas e a eficácia da deglutição de uma pessoa.

Os resultados obtidos, através da utilização destes dois instrumentos, permitiram fazer o diagnóstico precoce, implementar um plano de enfermagem de reabilitação individualizado, com intervenções terapêuticas que visaram assegurar e melhorar a capacidade funcional da pessoa com disfagia versus risco de aspiração e prevenir complicações associadas à disfagia. Braga (2016a) refere que os cuidados planeados, devido à sua complexidade, devem ser executados por pessoas com competências na área. Neste sentido, os cuidados planeados foram executados pelos enfermeiros especialistas em ER, e concomitantemente com a colaboração e supervisão dos enfermeiros generalistas.

Posteriormente à implementação do plano de intervenção salientamos que as dez pessoas sem disfagia mantiveram a deglutição, e as dez pessoas com disfagia, oito mantiveram o grau de disfagia, uma reabilitou e outra agravou o grau de disfagia. O estudo de Gonçalves, Vieira, Vitorino, Félix e Pinto (2015) demonstrou, após a implementação do plano de intervenção, que 31% não demonstrou alterações no *score* avaliado, 53% melhorou e 16% agravou o grau de disfagia.

Perante os resultados apresentados é importante ressaltar que a utilização simultânea dos dois instrumentos (escala de GUSS e MECV-V) e a definição do plano de intervenção de ER ajudaram na diminuição de complicações associadas à disfagia, nomeadamente a pneumonia por aspiração, e ao mesmo tempo que proporcionaram à pessoa com disfagia uma deglutição segura. Esta ideia é certificada, por Silva (2007), quando menciona que a eficiência

da reabilitação, na disfagia orofaríngea, pode ser demonstrada sempre que subsista diminuição no risco de pneumonia aspirativa ou quando o doente se alimentar oralmente de forma eficaz e segura.

Nesta linha de pensamento, realçamos que os resultados obtidos através da implementação deste projeto comprovam que a amostra demonstrou melhoria no grau de disfagia, assim como não evidenciou sinais de pneumonia por aspiração. Esta constatação recai sobre o facto de a amostra não ter sido submetida à realização de exames complementares, assim como não foi identificada e registada a presença de secreções, alterações face à temperatura timpânica e da saturação periférica de oxigénio.

Assim, realça-se a importância da intervenção do EEER na avaliação precoce da deglutição da pessoa com AVC, reconhecendo alguma urgência na identificação imediata no diagnóstico e na implementação de um plano de intervenção especializado, de forma a prevenir complicações e promover qualidade de vida (Regulamento n.º 350/2015 de 22 de junho da Ordem dos Enfermeiros).

Em síntese, e face aos objetivos previstos para este projeto de intervenção profissional, que permitiu identificar o grau de disfagia nestas pessoas com AVC, a implementação e avaliação de um plano de intervenção, ficou evidente que a intervenção do enfermeiro de reabilitação é determinante no diagnóstico precoce da deglutição comprometida, pela aplicabilidade de instrumentos específicos para esta avaliação e na implementação de cuidados específicos e ajustados às necessidades de cada pessoa visando a prevenção de complicações associadas à disfagia.

Face à relevância da intervenção do enfermeiro de reabilitação na avaliação e no desenvolvimento de cuidados especializados à pessoa com AVC e com comprometimento da deglutição, é essencial que as instituições de saúde valorizem o papel do especialista em ER e que a aplicação destes instrumentos de avaliação seja assumida como fundamental para a prestação de cuidados de qualidade e devidamente enquadrados em protocolos institucionais.

É fundamental que os planos de formação nas diferentes instituições de saúde valorizem a aplicação dos instrumentos de avaliação para despiste das alterações da deglutição e a implementação de planos de intervenção ajustados ao grau de disfagia das pessoas com AVC.

Apesar dos contextos práticos se assumirem como o eixo estruturante para a identificação das necessidades de formação para os profissionais de enfermagem, os *curricula* da formação especializada em ER devem assumir um maior protagonismo na abordagem destas temáticas e no desenvolvimento deste tipo de competências profissionais.

O desenvolvimento de estudos desta natureza e de projetos de investigação são fundamentais para o desenvolvimento dos saberes ligados aos cuidados de enfermagem à pessoa com AVC e ao risco de disfagia. É necessária uma mudança na ação e na cultura de investigação dos diferentes intervenientes nestes cuidados, e, muito em particular dos enfermeiros, que permita conciliar os saberes práticos sobre estas temáticas e as suas competências de investigação.

Quanto à relevância desta temática para o desenvolvimento de cuidados com qualidade à pessoa com AVC, consideramos que é imprescindível que haja um compromisso das instituições de ensino superior e das instituições de saúde na valorização da formação e da investigação em torno deste conjunto de saberes.

4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

A disciplina de enfermagem, define-se como uma disciplina científica por basear a sua prática na investigação científica na qual difunde os seus conhecimentos e as suas competências (Fawcett, 2000). O próprio conceito de competência integra conhecimento, habilidade e experiência, contudo as competências e os conhecimentos só são possíveis de se fortalecer na prática clínica (Benner, 2001).

A unidade curricular Estágio Final, possibilitou a consolidação de conhecimentos adquiridos em contexto académico e o desenvolvimento de práticas refletidas com juízo crítico, particularmente, face aos cuidados de ER. Estes princípios permitiram e contribuíram para o desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista, competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação e na aquisição de competências de mestre.

Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

As competências Comuns do Enfermeiro Especialista assentam em quatro pilares: a responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento n.º 122/2011 de 18 de fevereiro da Ordem dos Enfermeiros, 2011).

1.ª Competência: Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal.

1. Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção:

- Demonstra tomada de decisão ética numa variedade de situações da prática especializada;
- Sustenta a decisão em princípios, valores e normas deontológicas;
- Lidera de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética de maior complexidade na área de especialidade;
- Avalia o processo e os resultados de tomada de decisão.

Durante a unidade curricular Estágio Final foram prestados cuidados de ER, a pessoas com patologias do foro neurológico e respiratório, que honraram os princípios éticos, legais e deontológicos da profissão de enfermagem, assim como os princípios inerentes à prestação de cuidados de enfermagem executados no serviço de Medicina 3 do Centro Hospitalar Universitário do Algarve, E.P.E..

A integração no seio da equipa multidisciplinar e o reconhecimento na qualidade dos cuidados de ER prestados, levaram à solicitação na tomada de decisão face aos cuidados, assim como à procura de informação quanto à evolução dos utentes em programa de reabilitação.

Durante a implementação do projeto de intervenção de ER, foram desenvolvidas atividades, das quais salientamos a recolha de informação que tiveram como base os princípios, valores e normas deontológicas.

Quanto à confidencialidade da informação obtida através da aplicação do projeto de intervenção, foi entregue e explicado ao utente e representantes legais o consentimento informado, sendo que foi autorizado por ambos. A colheita dos dados necessários para a realização do projeto foi registada numa folha específica, onde cada utente foi identificado por Pessoa A, Pessoa B, etc., salientando que o tratamento da informação recolhida durante o estágio respeitou os princípios acima mencionados.

2. Promove uma Prática de Cuidados que Respeitam os Direitos Humanos e as Responsabilidades Profissionais:

- Promove a proteção dos Direitos Humanos;
- Gere na equipa de forma apropriada as práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade do utente.

Os cuidados de ER prestados, durante o estágio, foram desenvolvidos em ambiente calmo e seguro, respeitando sempre a privacidade e a dignidade do utente com recurso à utilização de um biombo, uma vez que as enfermarias não apresentavam cortinados na separação das camas.

2.^a Competência: Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

1. Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte de iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica:

- Participa em projetos institucionais na área da qualidade;
- Integra diretivas e conhecimentos na melhoria da qualidade na prática.
- Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade:
- Avalia a qualidade dos cuidados de enfermagem nas vertentes de Estrutura, Processo e Resultado.

A qualidade dos cuidados de enfermagem é obtida através da implementação e participação em programas da melhoria contínua. Este domínio de competência, de ER, foi passível de desenvolver através da participação no projeto piloto implementado a nível hospitalar subordinado à deteção precoce da disfagia orofaríngea, a todas as pessoas internadas, através da aplicação da Escala *Eating Assessment Tool* e MECV-V.

Relativamente ao projeto “avaliação precoce da deglutição à pessoa com AVC, na prevenção de complicações: Contributos do enfermeiro de reabilitação”, perspectiva-se desenvolver um protocolo de atuação face à avaliação da deglutição da pessoa com AVC no Serviço de Especialidades Médicas da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, E.P.E., Hospital José Joaquim Fernandes de Beja.

2. Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro:

- Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo.

Durante o exercício profissional assim como durante o estágio, foram prestados cuidados de reabilitação respeitando o Código Deontológico dos Enfermeiros e a Carta dos Direitos e Deveres do Doente, sendo crucial a ostentação de uma atitude profissional, terapêutica e isenta de preconceitos e/ou juízos de valor para com o utente.

3.^a Competência: Domínio da Gestão de Cuidados

1. Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem de forma a garantir a segurança e a qualidade da tarefa delegada: na articulação da equipa multidisciplinar:
 - Otimiza o processo de cuidados face à tomada de decisão;
 - Supervisiona as tarefas delegadas de forma a garantir a segurança e a qualidade.

Durante o estágio, tivemos o privilégio de ter dois enfermeiros tutores, sendo que um para além da prestação de cuidados especializados em ER desempenhava o papel de coordenador, e desta forma desenvolvemos perícia face à orientação e supervisão dos enfermeiros, bem como na coordenação das equipas. Esta experiência permitiu a compreensão da importância da adaptação do estilo de liderança às normas da instituição, a adequação dos recursos às necessidades e na orientação e supervisão das funções delegadas.

4.^a Competência: Domínio das Aprendizagens Profissionais

1. Fortalece o autoconhecimento e a assertividade;
2. Baseia a sua prática clínica especializada no conhecimento atualizado.

Durante o estágio, foram desenvolvidas estratégias que contribuíram para o desenvolvimento e conhecimento enquanto pessoa e enfermeira que permitiram atuar perante o utente, família e/ou cuidador com assertividade.

A pesquisa bibliográfica contribuiu para a excelência dos cuidados na medida em que permitiu fundamentar as intervenções desenvolvidas durante a prática clínica. Deste modo, é de salientar a importância da formação ao longo da nossa vida pessoal e profissional.

A aplicação do projeto foi norteada por práticas que promoveram a excelência dos cuidados. Contudo, existe a necessidade de sensibilizar a equipa multidisciplinar para a importância da avaliação precoce da deglutição na pessoa com AVC, assim como a importância da comunicação entre a equipa.

Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

As competências específicas em ER baseiam-se na melhoria da função, na promoção da independência e máxima satisfação da pessoa. O EEER, para alcançar estes objetivos, recorre a técnicas especializadas para intervir na educação da pessoa e sua família, no planeamento da alta, na continuação dos cuidados de forma a promover o direito à dignidade e qualidade de vida (Regulamento n.º 125/2011 de 18 de fevereiro da Ordem dos Enfermeiros).

1.ª Competência: Presta cuidados às pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de clínica:

1. Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades;
2. Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade;
3. Implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da alimentação, da eliminação e sexualidade;
4. Avalia os resultados das intervenções implementadas.

A unidade curricular Estágio Final, foi o palco que permitiu mobilizar, consolidar conhecimentos adquiridos durante a fase teórica e paralelamente a aquisição de competências que permitiram a construção de uma profissional de enfermagem especializada em cuidados de ER.

Aquando da prestação de cuidados foi realizada a avaliação do utente (história de doença atual, história de doença pregressa, terapêutica, história familiar e social), avaliação subjetiva e objetiva da pessoa com recurso a instrumentos de avaliação, efetuada a consulta do processo clínico, a análise dos registos realizados por outros profissionais da equipa, a discussão dos

exames complementares de diagnóstico com a enfermeira tutora e sempre que necessário com o médico assistente de forma a definir um plano de reabilitação.

Os planos de intervenção objetivavam o ganho da autonomia e independência, da pessoa, na realização das atividades de vida. A avaliação do plano de intervenção foi realizada diariamente, e o seu reajuste foi efetuado com base na capacidade funcional da pessoa durante a realização dos exercícios implementados.

2.^a Competência: Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania:

1. Implementa e elabora treino de AVD's em adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e qualidade de vida;
2. Promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social.

A pessoa durante o seu processo de doença pode eventualmente ficar dependente nas suas AVD's, neste sentido, cabe ao enfermeiro efetuar uma avaliação e posteriormente definir um plano de intervenção de forma a maximizar a sua autonomia.

Durante o estágio, foram implementados vários treinos de AVD's, nomeadamente a pessoas com AVC e insuficiência cardíaca congestiva descompensada, que promoveram a independência da pessoa em algumas atividades de vida, nomeadamente na higiene e mobilização.

Durante a realização do treino de AVD's foram esplanadas através de diálogo as condições das instalações sanitárias do seu domicílio, tendo sido efetuada a orientação quanto às ajudas técnicas disponíveis, nomeadamente, pinça de cabo longo, esponja de cabo longo para fazer higienização de zonas de difícil acesso, banco adaptado à higiene e informados da importância da higiene, assim como do vestir/despir na posição de sentados, considerando métodos de conservação de energia, condições de segurança, potenciando a autonomia do utente. Porém, para conseguir responder às várias situações e tornar as pessoas autónomas e com qualidade de vida, foi crucial aprender e desenvolver competências em todos os domínios da ER.

Esta aprendizagem foi realizada pela observação direta dos enfermeiros tutores, pelo autodidatismo, pela mobilização de conhecimentos previamente cimentados e através da discussão com os enfermeiros tutores sobre a necessidade de readaptação dos planos de intervenção.

3.ª Competência: Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa:

1. Concebe e implementa programas de treino motor e cardiorrespiratório;
2. Avalia e reformula programas de treino motor e cardiorrespiratório em função dos resultados esperados.

Foi possível, durante o estágio, definir e implementar um plano de exercícios de ER motor e cardiorrespiratório junto do utente com insuficiência cardíaca congestiva, insuficiência respiratória parcial e com AVC. Previamente ao treino, foi feito o cálculo da frequência cardíaca de treino, avaliada a tensão arterial, o pulso, a respiração, a temperatura timpânica e a saturação periférica de oxigénio de forma a adequar a intensidade e a frequência dos exercícios terapêuticos. Os exercícios foram adaptados à condição psíquica e de doença atual do utente. Foram executados exercícios de RFR, nomeadamente exercícios de expansibilidade torácica através do controlo e dissociação dos tempos utilizando analogias como “cheirar a flor” e “soprar a vela”, exercícios de reeducação diafragmática na posição de sentado e ortostática, exercícios de reeducação costal global com e sem recurso a bastão, exercícios de abertura costal seletiva e ensinamentos da tosse dirigida e assistida. O inspirómetro de incentivo foi utilizado sempre que se pretendia monitorizar o volume inspirado e a capacidade pulmonar.

O treino de marcha foi seguido de forma controlada e segura, recorrendo à avaliação da força muscular, tónus muscular e equilíbrio. O utente só iniciou o treino de marcha após apresentar equilíbrio do tronco. Posteriormente foi feita a adequação do auxiliar de marcha à necessidade e capacidade da pessoa. Os treinos de marcha potenciaram a autonomia da pessoa na mobilização e concomitantemente preveniram o risco de queda.

As intervenções acima descritas proporcionaram ganhos na independência funcional do utente, nas AVD's através da utilização de escalas de avaliação funcional, como a escala de

Barthel. Estas escalas para além de quantificarem objetivamente os ganhos resultantes da nossa intervenção enquanto EEER, demonstram visibilidade do trabalho realizado.

Um planeamento pressupõe sempre uma avaliação, assim é de salientar que avaliação e reformulação dos planos de intervenção foi realizada diariamente através da análise da avaliação inicial do utente em comparação com os resultados obtidos no final da sessão, após a implementação do plano de reabilitação. Os planos foram concretizados com intervenções objetivas e adequadas às necessidades da pessoa e família.

Competências de Mestre.

No decurso da unidade curricular Estágio Final, todas as intervenções desenvolvidas contribuíram para o desenvolvimento das competências, de mestre, descritas no Decreto-Lei n.º 63/2016, de 13 de setembro, no capítulo III, artigo 15.º.

1.ª Competência: Demonstra e compreende saberes que contribuam para o desenvolvimento científico da enfermagem.

Para conseguir alcançar esta competência, foi desenvolvida aptidão face à identificação de problemas, implementação e avaliação dos planos de enfermagem de reabilitação individualizados.

Para além disso, o desenvolvimento do projeto de intervenção permitiu perceber a necessidade de ser elaborado, futuramente, um projeto de investigação na área da disfagia orofaríngea, de forma a promovermos uma prática, de cuidados, baseada na evidência.

2.ª Competência: Aplica os saberes da sua área de estudo na resolução de dificuldades em circunstâncias multidisciplinares

Neste âmbito, foi determinante, durante a implementação do projeto, realizar ensinamentos aos cuidadores assim como supervisionar o trabalho desenvolvido pelos mesmos, de forma a garantir uma deglutição segura à pessoa com AVC, na medida em que a excelência dos cuidados passa pela sensibilização e envolvimento da equipa multidisciplinar e família.

3.ª Competência: Capacidade de integração de conhecimentos, juízo clínico e tomada de decisão, com responsabilidade ética, deontológica e social

Aquando do exercício profissional, procura-se sempre otimizar todas as energias e mobilizar os esforços necessários para promover a dignidade da pessoa, os valores éticos e deontológicos emanados pela profissão.

Durante a implementação do projeto emergiram situações que exigiram a necessidade de se concretizar uma prática reflexiva sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais. A aquisição de conhecimentos e o estabelecimento de uma relação terapêutica e de confiança com o utente, família e equipa multidisciplinar contribuíram para a gestão de situações complexas.

4.ª Competência: Capacidade de comunicar as estratégias e conclusões do trabalho de investigação, a especialistas e não especialistas

Os planos de cuidados de ER, desenvolvidos durante o estágio, foram previamente discutidos e reajustados com os enfermeiros tutores. Posteriormente era transmitido ao enfermeiro responsável do utente, especialista ou generalista, o plano de intervenção assim como os resultados obtidos através da sessão de reabilitação. A comunicação entre os profissionais de enfermagem, especialistas ou não especialistas, e outros profissionais foi importante no processo de reabilitação do utente.

Previamente, à implementação do projeto, a equipa multidisciplinar foi informada dos objetivos assim como do plano de intervenção do projeto.

5.ª Competência: Desenvolvimento autónomo de conhecimentos e aptidões ao longo da vida

A formação obtida ao longo da nossa vida pessoal e profissional visa a aquisição de conhecimentos que permitam fazer uma reflexão perante a prática clínica de forma a promover a excelência dos cuidados. O curso de Mestrado em Enfermagem foi a resposta às necessidades encontradas no serviço onde exercemos funções, sendo que após o seu término estaremos capacitados para prestar cuidados especializados e diferenciados à população alvo.

O sucesso perante os cuidados prestados durante o estágio, passou pela procura ininterrupta de informação especializada face à especificidade das situações clínicas e da envolvente de cuidados a cada utente e sua família.

A participação ativa no projeto-piloto desenvolvido no serviço de Medicina 3, deteção precoce da disfagia orofaríngea, foi um momento promotor de conhecimentos diferenciados.

A aquisição de competências comuns e específicas de enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, durante o estágio, contribuíram extremamente para o desenvolvimento das competências e obtenção do grau de mestre.

5. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO

O processo de avaliação e controlo da unidade curricular Estágio Final requer, não só, momentos de contato sistemático e partilha de informação com os enfermeiros tutores, como também contato regular com o professor orientador. As reuniões foram a resposta a esta necessidade, sendo considerado por todos os intervenientes a melhor forma de avaliar e melhorar a prática de cuidados, nomeadamente, os cuidados de ER, e particularmente do projeto de intervenção profissional.

As reuniões feitas diariamente com os enfermeiros tutores e pontualmente com o professor orientador representaram momentos de grande importância para o desenvolvimento de uma melhor prática de cuidados, na medida em que proporcionaram momentos de partilha de experiências, de orientação e reflexão face às competências desenvolvidas perante os utentes com alterações do foro respiratório, neurológico e principalmente, perante o utente, em situação de AVC, com disfagia. Para além destas reuniões, salientamos a colaboração da equipa de enfermagem que contribuiu, em muito, na realização do projeto de intervenção profissional.

Os objetivos gerais previstos para a unidade curricular Estágio Final, nos quais se incluem o desenvolvimento das competências comuns de enfermeiro especialista, competências específicas de enfermeiro especialista e aquisição de competências de mestre, foram alcançados na sua plenitude através de todo o trabalho desenvolvido durante o estágio final, nomeadamente, com a prestação direta de cuidados de ER e implementação do projeto de intervenção profissional.

Quanto aos objetivos específicos estabelecidos para o projeto de intervenção profissional, realçamos que foram integralmente conseguidos e contribuíram, não só para o desenvolvimento de intervenções de ER, como também na excelência dos cuidados prestados.

O cronograma de atividades executado no início desta unidade curricular, não requereu reajustes, sendo que todas as atividades planeadas foram cumpridas assim como os períodos temporais estabelecidos.

Em suma, com a realização deste projeto, destacamos a necessidade da utilização de instrumentos validados e traduzidos para a população portuguesa visando credibilizar os resultados decorrentes da realização de um projeto desta natureza. Para além disso, a aplicação de instrumentos validados contribui de forma afincada para a organização e qualidade dos cuidados e serviços de saúde (Júnior & Matsuda, 2012).

6. CONCLUSÃO

A elaboração deste documento possibilitou não só demonstrar a aquisição e consolidação dos conhecimentos inerentes ao desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista, competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação e aquisição de competências de mestre, como também, responder à planificação específica do projeto de intervenção profissional.

Deste modo, é de realçar que o trabalho desenvolvido durante a unidade curricular Estágio Final, foi ambicioso e ávido, na medida em que nos permitiu mobilizar um conjunto de conhecimentos e competências que nos proporcionaram crescimento pessoal e profissional, como também contribuíram para a reflexão sobre o impacto da intervenção do enfermeiro de reabilitação perante o utente em situação de AVC, com alteração da deglutição. É de referir que os propósitos foram amplamente alcançados.

Apraz salientar que a intervenção precoce do EEER foi eficaz na avaliação e reeducação da deglutição do utente com AVC, na medida em que promoveu a prevenção de complicações associadas à disfagia, assim como fomentou a deglutição em segurança. É de realçar ainda, que os resultados conseguidos confirmam a relevância das intervenções de ER na prevenção de complicações associadas à disfagia no utente com AVC, e certificaram a credibilidade e segurança da implementação deste projeto de intervenção profissional ao utente com disfagia.

Podemos assim dizer, que o enfermeiro de reabilitação é crucial no seio de uma equipa enquanto perito, por se tratar, não só de um profissional provido de conhecimentos específicos como também detentor de uma vasta gama de capacidades que lhe permite trabalhar de forma segura, consciente, objetiva e refletida. Por isso, torna-se imperativo reconhecer a sua importância e o benefício da sua intervenção na equipa multidisciplinar.

No entanto, realçamos como limitações o tempo junto do utente, na medida em que nem sempre foi possível realizar, por semana, muitos dias consecutivos de estágio. Logo, a colaboração da equipa multidisciplinar, do serviço de Medicina 3, envolvida diretamente na prestação de cuidados contribuíram em muito para a realização e concretização do projeto de intervenção profissional, uma vez que a sua motivação e zelo, ofereceram ao utente, em situação de AVC com disfagia, um melhor índice de reabilitação.

A realização deste projeto de intervenção, com recurso a instrumentos de avaliação da deglutição, permitiu a aquisição de conhecimentos e competências que futuramente contribuiram para a elaboração de um protocolo de atuação, perante o utente, em situação de AVC, com disfagia, no serviço de Especialidades Médicas da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, E.P.E., Hospital José Joaquim Fernandes de Beja. A implementação deste protocolo visa uniformizar cuidados de enfermagem gerais, sensibilizar a equipa de enfermagem para a problemática da disfagia e demonstrar que a excelência dos cuidados em saúde, assim como os ganhos em saúde são promovidos através da nossa intervenção.

Existindo um plano de intervenção que previne as complicações associadas à disfagia, torna-se fundamental a padronização dos cuidados e do seu registo. Sendo o SClínico a principal fonte de recolha de dados, torna-se fulcral a existência da parametrização de escalas, nomeadamente da escala de GUSS, assim como a parametrização de intervenções de ER, por forma a demonstrar a visibilidade do trabalho executado.

Contudo, ainda existe um longo caminho a percorrer, mas este acreditar assenta na importância em desenvolver áreas específicas de intervenção, de modo a que todo o esforço, aprendizagem e capacidades adquiridas, não fiquem guardados num gabinete de onde apenas se promove uma gestão de equipas de enfermagem. A intervenção do enfermeiro de reabilitação é fulcral no trabalho que se desenvolve diariamente com as pessoas, avaliando a funcionalidade que é ganha, com vista a melhorar a saúde e bem-estar da mesma.

Assim, nesta área específica realçamos a importância da realização de mais estudos científicos em Portugal, de forma a credibilizar os resultados decorrentes da realização de um projeto desta natureza e de futuras investigações.

Por último, é impreterível salientar que a concretização deste trabalho, bem como o frequentar deste Mestrado em Enfermagem, nos proporcionaram uma enorme satisfação pessoal e profissional, pelo facto de termos conseguido adquirir o conhecimento essencial para responder às necessidades anteriormente sentidas.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito. Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem* (A. Queirós, Trad.). Coimbra: Quarteto
- Braga, R. (2016a). Reeducação da Deglutição. In C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (1.ª ed., pp. 263-270). Loures: Lusodidacta.
- Braga, R. (2016b). Avaliação da Função Deglutição, In C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (1.ª ed., pp. 181-188). Loures: Lusodidacta.
- Cardoso, A., Raínho, J., Quitério, P., Cruz, V., Magano, A., & Castro, M. (2011). Avaliação clínica não-invasiva de disfagia no AVC – Revisão sistemática. *Revista de Enfermagem Referência*, III Série (n.º 5), 135–143. DOI:10.12707/riii1106
- Cardoso, M. & Silva, A. (2010). Oximetria de Pulso: Alternativa Instrumental na Avaliação Clínica junto ao Leito para a Disfagia. *Arquivo Internacional de Otorrinolaringologia*. 14(2). 231-238. Disponível em: <http://arquivosdeorl.org.br/conteudo/pdfForl/14-02-14.pdf>
- Carvalho, R. (2002) *Parcerias na Formação. Papel dos Orientadores Clínicos– Perspectivas dos Actores*. (1.ª ed.). Loures: Lusociência.
- Centro Hospitalar Universitário do Algarve, E.P.E. (2017). Centro Hospitalar Universitário do Algarve, E.P.E. – Institucional. Faro. Disponível em: <http://www.chualgarve.min-saude.pt/instituicao/>
- Clavé, P., Arreola, V., Romea, M., Medina, L., Palomera, E. & Serra-Prat, M. (2008). Accuracy of the volume-viscosity swallow test for clinical screening of oropharyngeal dysphagia and aspiration. *Clinical Nutrition*, 27(6), 815-827. DOI: [10.1016/j.clnu.2008.06.011](https://doi.org/10.1016/j.clnu.2008.06.011)

- Decreto-Lei n.º 63/2016, de 13 de setembro, do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. Diário da República, 1ª Série, 166 (2016). Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/75319452>
- Decreto-Lei n.º 101/2017, de 23 de agosto, da Assembleia da República. 1ª Série, 162. (2017). Disponível em: <https://dre.pt/application/file/a/108039222>
- Direção Geral da Saúde (2015). Portugal: Doenças Cérebro-Cardiovasculares em Números - 2015. Programa Nacional Para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares: Lisboa. Disponível em: <https://www.dgs.pt/em-destaque/portugal-doencas-cerebro-cardiovasculares-em-numeros-201511.aspx>
- Etges, C. L., Scheeren, B., Gomes, E., & Barbosa, L. D. R. (2014). Screening tools for dysphagia: a systematic review. *CoDAS*, 26(5), 343–349. DOI:10.1590/2317-1782/20142014057
- Fawcett, J. (2000). *Analysis and Evaluation of Contemporary Nursing Knowledge: Nursing Models and Theories*. Philadelphia, PA: F.A. Davis Company.
- Ferreira, A., Pierdevara, L., Ventura, I., Gracias, A., Marques, J., & Reis, M. (2018). The Gugging Swallowing Screen: A contribution to the cultural and linguistic validation for the Portuguese context. *Revista de Enfermagem Referência*, IV Série(Nº16), 85–94. DOI:10.12707/riv17090
- Ferro, J. (2013). Acidentes Vasculares Cerebrais. In J. Ferro & J. Pimentel, *Neurologia Fundamental-Princípio, Diagnóstico e Tratamento*. (2º ed, pp 101-111). Lisboa; Lusodidacta.
- Glenn-Molali, N. (2011). Alimentação e Deglutição. In C. Hoeman S. P., *Enfermagem de Reabilitação: Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados* (4ª ed., pp. 295-317). Loures: Lusodidacta.
- Gonçalves, D., Vieira, I., Vitorino, M., Félix, P. & Pinto, T. (2015). AVALIAÇÃO DA DISFAGIA UMA UNIDADE DE AVC. *Nursing Edição Portuguesa*. 1-15. Disponível

em:<http://www.nursing.pt/wp-content/uploads/2015/11/Artigo-Avalia%C3%A7%C3%A3o-de-Disfagia.pdf>

Hinchey, J. A., Shephard, T., Furie, K., Smith, D., Wang, D., & Tonn, S. (2005). Formal Dysphagia Screening Protocols Prevent Pneumonia. *Stroke*, 36(9), 1972–1976. DOI: 10.1161/01.str.0000177529.86868.8d

Hughes, S. (2011). Management of dysphagia in stroke patients. *Nursing Older People*, 23(3), 21–24. DOI: [10.7748/nop2011.04.23.3.21.c8420](https://doi.org/10.7748/nop2011.04.23.3.21.c8420)

Instituto Nacional de Estatística. (2017). Portal do Instituto Nacional de Estatística. Disponível em https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdest_boui=281091494&DESTAQUESmodo=2

Jenks, K. (2005). Disfagia. In Pedretti, L. W. & Early, M. B. (2005). *Terapia Ocupacional: Capacidades Práticas para as Disfunções Físicas* (5ªed., pp.768-803). São Paulo: Roca Ltda.

Júnior, J. & Matsuda, L. (2012). Construção e validação de um instrumento para a avaliação do Acolhimento com Classificação de Risco. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 65(5). 751-757. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n5/06.pdf>

Larocca, P., Rosso, A., & Souza, P.(2005). A formulação de objetivos de pesquisa na pós-graduação em Educação: uma discussão necessária. *Revista Brasileira de Pós-Graduação*, 2, 118-133. Disponível em: http://nead.uesc.br/arquivos/Biologia/modulo_7_bloco_1/tcc/leituras_complementares/LAROCCA_Prisila_ROSSO_Ademir_SOUZA_Audrey_a_formulacao_dos_objetivos_de%20pesquisa_na_pos_edu.pdf

Lim, S. H. B., Lieu, P. K., Phua, S. Y., Seshadri, R., Venketasubramanian, N., Lee, S. H., & Choo, P. W. j. (2001). Accuracy of Bedside Clinical Methods Compared with Fiberoptic Endoscopic Examination of Swallowing (FEES) in Determining the Risk of Aspiration in Acute Stroke Patients. *Dysphagia*, 16(1), 1–6. DOI:10.1007/s004550000038

- Logemann, J. (2008). Treatment of Oral and Pharyngeal Dysphagia. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America*, 19(4), 803–816. DOI: [10.1016/j.pmr.2008.06.003](https://doi.org/10.1016/j.pmr.2008.06.003)
- Logemann, J.A. (2015). Mechanisms of Normal and Abnormal Swallowing. In Cummings Otolaryngology – Head and neck surgery and oncology. (6^a ed., pp. 1500-1506). Philadelphia: Saunders. Disponível em: <https://books.google.pt/books?id=IFajBQAAQBAJ&pg=PA1500&lpg=PA1500&dq=Mechanisms+of+Normal+and+Abnormal+Swallowing.+In+Cummings+Otolaryngology&source=bl&ots=QHwMSn5FLx&sig=JxH567dFokLeAE5-B4KODluoIAQ&hl=pt-PT&sa=X&ved=0ahUKEwizzuvaltXaAhXB3iwKHcUVDyYQ6AEINjAB#v=onepage&q=Mechanisms%20of%20Normal%20and%20Abnormal%20Swallowing.%20In%20Cummings%20Otolaryngology&f=false>
- Lutz, B. & Davis, S. (2011). Modelos Teóricos e Práticos para a Enfermagem de Reabilitação. In Hoeman S. P., *Enfermagem de Reabilitação: Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados* (4^a ed., pp. 15-30). Loures: Lusodidacta.
- Martino, R., Foley, N., Bhogal, S., Diamant, N., Speechley, M., & Teasell, R. (2005). Dysphagia After Stroke: Incidence, Diagnosis, and Pulmonary Complications. *Stroke*, 36(12), 2756–2763. DOI:10.1161/01.str.0000190056.76543.eb
- Mistry, S., & Hamdy, S. (2008). Neural Control of Feeding and Swallowing. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America*, 19(4), 709–728. DOI:10.1016/j.pmr.2008.05.002
- Moore, L., Lavoie, A., Camden, S., Le Sage, N., Sampalis, J. S., Bergeron, E., & Abdous, B. (2006). Statistical Validation of the Glasgow Coma Score. *The Journal of Trauma: Injury, Infection, and Critical Care*, 60(6), 1238–1244. DOI:10.1097/01.ta.0000195593.60245.80
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Áreas de Investigação Prioritárias para a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. Porto: Mesa do Colégio da Especialidade de

Enfermagem de Reabilitação da Ordem dos Enfermeiros. Disponível em:
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/Areas_Investigacao_Prioritarias_para_EER.pdf

Regulamento nº 122/2011 de 18 de fevereiro da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, 2ª Série, 35. (2011). Disponível em:
<http://www.aper.pt/Ficheiros/competencias%20comuns.pdf>

Regulamento nº 125/2011 de 18 de fevereiro da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, 2ª Série, 35. (2011). Disponível em:
http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20125_2011_CompetenciasEspecifEnfreabilitacao.pdf

Regulamento nº 350/2015 de 22 de junho da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, 2ª Série, 119. (2015). Disponível em:
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoPadQualidadeCuidEspecializEnfReabilitacao_DRJun2015.pdf

Ribeiro, O., Carvalho, F., Ferreira, L. & Ferreira, P. (2008). Qualidade dos Cuidados de Saúde. *Millenium Journal of education technologies, and health*. 35(13) 1-20. Disponível em:
<http://www.ipv.pt/millenium/Millenium35/7.pdf>

Rofes, L., Arreola, V., Mukherjee, R., & Clavé, P. (2014). Sensitivity and specificity of the Eating Assessment Tool and the Volume-Viscosity Swallow Test for clinical evaluation of oropharyngeal dysphagia. *Neurogastroenterology & Motility*, 26(9), 1256–1265. DOI: [10.1111/nmo.12382](https://doi.org/10.1111/nmo.12382)

Roper, N., Logan, W., Tierney, A. (2001). *O Modelo de Enfermagem de Roper-Logan-Tierney baseado nas Atividades de Vida Diária*. Lisboa. Climepsi Edições

Sasegbon, A., & Hamdy, S. (2017). The anatomy and physiology of normal and abnormal swallowing in oropharyngeal dysphagia. *Neurogastroenterology & Motility*, 29(11), e13100. DOI:10.1111/nmo.13100

- Silva, R. (2007). A eficácia da reabilitação em disfagia orofaríngea. *Pró-Fono Revista de Atualização Científica*, 19(1), 123–130. DOI: [10.1590/s0104-56872007000100014](https://doi.org/10.1590/s0104-56872007000100014)
- Singh, S., Hamdy, S. (2006). Dysphagia in stroke patients. *Postgraduate Medical Journal*, 82(968), 383–391. DOI:10.1136/pgmj.2005.043281
- Soares, A. (2014). Disfagia: avaliação e reabilitação. *Jornal Médico*. 14. Disponível em: <https://www.justnews.pt/artigos-pdf/artigos-pdf/?url=disfagia-avaliacao-e-reabilitacao>
- Teixeira, C. & Silva, LD. (2009). As incapacidades físicas de pacientes com acidente vascular cerebral: acções de enfermagem. *Enfermería Global*. (15). 1-12. Disponível em: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n15/pt_revision1.pdf
- Trapl, M., Enderle, P., Nowotny, M., Teuschl, Y., Matz, K., Dachenhausen, A., & Brainin, M. (2007). Dysphagia Bedside Screening for Acute-Stroke Patients: The Gugging Swallowing Screen. *Stroke*, 38(11), 2948–2952. DOI:10.1161/strokeaha.107.483933
- Vanputte, C. L., Regan, J. L. & Russo, A. F. (2016). *Anatomia e Fisiologia de Seeley* (10^aed., pp.858-911). Porto Alegre: McGraw-Hill Education
- White G., O'Rourke F., Ong B., Cordato D. & Chan D. (2008). Dysphagia: causes, assessment, treatment, and management. *Geriatrics*. 63(5), 15–20. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=c5f090ed-de20-4172-af1b-8c39b823a5e3%40sessionmgr103>
- World Gastroenterology Organization (2014). Disfagia – Directrizes e Cascatas Mundiais. In *World Gastroenterology Organisation Practice Guidelines*. Disponível em: <http://www.worldgastroenterology.org/UserFiles/file/guidelines/dysphagia-portuguese-2014.pdf>

ANEXOS

Anexo A – Escala de *Gugging Swallowing Screen*

G U S S

(Gugging Swallowing Screen)

Name: _____
Date: _____
Time: _____

1. Preliminary Investigation / Indirect Swallowing Test

	YES	NO
Vigilance (<i>The patient must be alert for at least for 15 minutes</i>)	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Cough and/or throat clearing (<i>voluntary cough</i>) (<i>Patient should cough or clear his or her throat twice</i>)	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Saliva Swallow:	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
• Swallowing successful		
• Drooling	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
• Voice change (hoarse, gurgly, coated, weak)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
SUM:	(5)	
	1 - 4 th Investigate further [*] 5 th Continue with part 2	

2. Direct Swallowing Test (Material: Aqua bi, flat teaspoon, food thickener, bread)

<i>In the following order:</i>	1 →	2 →	3 →
	SEMISOLID*	LIQUID**	SOLID ***
DEGLUTITION:			
• Swallowing not possible	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
• Swallowing delayed (> 2 sec.) (Solid textures > 10 sec.)	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
• Swallowing successful	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
COUGH (involuntary): (<i>Before, during or after swallowing - until 3 minutes later</i>)			
• Yes	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
• No	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
DROOLING:			
• Yes	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
• No	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
VOICE CHANGE: (<i>listen to the voice before and after swallowing - Patient should speak „O“</i>)			
• Yes	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
• No	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
SUM:	(5)	(5)	(5)
	1 - 4 th Investigate further [*] 5 th Continue Liquid	1 - 4 th Investigate further [*] 5 th Continue Solid	1 - 4 th Investigate further [*] 5 th Normal

SUM: (Indirect Swallowing Test AND Direct Swallowing Test) _____ (20)

* First administer ½ up to a half teaspoon Aqua bi with food thickener (pudding-like consistency). If there are no symptoms apply 3 to 5 teaspoons. Assess after the 5th spoonful.

** 3, 5, 10, 20 ml Aqua bi - if there are no symptoms continue with 50 ml Aqua bi (Daniels et al. 2000; Gottlieb et al. 1996) Assess and stop the investigation when one of the criteria is observed!

Figure 1. GUSS. Adapted from: Daniels et al. 2000. The Gugging Swallowing Screen: A Validated Instrument for the Evaluation of Swallowing. In: Kelly, E. (Ed.) Dysphagia: Endoscopic Evaluation

G U S S

(Gugging Swallowing Screen)

G U S S - E V A L U A T I O N

RESULTS		SEVERITY CODE	RECOMMENDATIONS
20	Semisolid / liquid and solid texture successful	Slight / No Dysphagia minimal risk of aspiration	<ul style="list-style-type: none"> • Normal Diet • Regular Liquids (<u>First time under supervision of the SLT or a trained stroke nurse!</u>)
15-19	Semisolid and liquid texture successful and Solid unsuccessful	Slight Dysphagia with a low risk of aspiration	<ul style="list-style-type: none"> • Dysphagia Diet (pureed and soft food) • Liquids very slowly – one sip at a time • Functional swallowing assessments such as Fiberoptic Endoscopic Evaluation of Swallowing (FEES) or Videofluoroscopic Evaluation of Swallowing (VFES) • Refer to Speech and Language Therapist (SLT)
10-14	Semisolid swallow success sful and Liquids unsuccessful	Moderate dysphagia with a risk of aspiration	Dysphagia diet beginning with: <ul style="list-style-type: none"> • Semisolid textures such as baby food and additional parenteral feeding. • All liquids must be thickened! • Pills must be crushed and mixed with thick liquid. • No liquid medication! • Further functional swallowing assessments (FEES, VFES) • Refer to Speech and Language Therapist (SLT) <p style="text-align: center;"><i>Supplementation with nasogastric tube or parenteral</i></p>
0-9	Preliminary investigation unsuccessful or Semisolid	Severe dysphagia with a high risk of aspiration	<ul style="list-style-type: none"> • NPO (non per os = nothing by mouth) • Further functional swallowing assessment (FEES, VFES) • Refer to Speech and Language Therapist (SLT) <p style="text-align: center;"><i>Supplementation with nasogastric tube or parenteral</i></p>
Figure I Continued.			<i>Supplementation with nasogastric tube or parenteral</i>

Fonte: Trapl, M., Enderle, P., Nowotny, M., Teuschl, Y., Matz, K., Dachenhausen, A., & Brainin, M. (2007). Dysphagia Bedside Screening for Acute-Stroke Patients: The Gugging Swallowing Screen. *Stroke*, 38(11), 2948–2952. DOI:10.1161/strokeaha.107.483933

Anexo B – Método Exploratório Clínico Volume -Viscosidade

Viscosidade	Néctar			Líquido			Pudim		
	5 ml	10 ml	20 ml	5 ml	10 ml	20 ml	5 ml	10 ml	20 ml
Sinais de Alteração da Segurança									
Tosse									
Alterações na Qualidade vocal (voz molhada, fraca, etc)									
Diminuição da saturação de O ₂ (≥5%)									
Sinais de Alteração da Eficácia									
Encerramento labial ineficaz (escape anterior de alimento)									
Resíduos orais									
Deglutições múltiplas									
Suspeita de resíduos faríngeos									

Avaliação Final	<input type="checkbox"/>	SEM alterações de SEGURANÇA ou de EFICÁCIA	<input type="checkbox"/>	COM alterações de SEGURANÇA mas NÃO de EFICÁCIA	<input type="checkbox"/>	SEM alterações de SEGURANÇA mas SIM de EFICÁCIA	<input type="checkbox"/>	COM alterações de SEGURANÇA e de EFICÁCIA
------------------------	--------------------------	-----------------------------------------------------------------	--------------------------	-----------------------------------------------------------------------------	--------------------------	-----------------------------------------------------------------------------	--------------------------	----------------------------------------------------------------

Dieta recomendada e nível de supervisão	Recomendação para a ingestão de água																		
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">Viscosidade</th> <th colspan="3">Volume</th> </tr> <tr> <th>líquido</th> <th>néctar</th> <th>pudim</th> <th>pequeno 5 ml</th> <th>médio 10 ml</th> <th>grande 20 ml</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="height: 30px;"></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Viscosidade			Volume			líquido	néctar	pudim	pequeno 5 ml	médio 10 ml	grande 20 ml						
Viscosidade			Volume																
líquido	néctar	pudim	pequeno 5 ml	médio 10 ml	grande 20 ml														

Fonte: Instituto epap (2016). Método Exploratório Clínico Volume- Viscosidade. Disponível em: https://www.institutoepap.com/wp-content/uploads/2016/05/MECV-V_PT-PT.pdf

Anexo C - Escala de Coma de *Glasgow*

ESCALA DE COMA DE GLASGOW : Avalie da seguinte forma

GCS | EYES
at 40 | VERBAL
MOTOR

Institute of Neurological Sciences NHS Greater Glasgow and Clyde



VERIFIQUE

Fatores que interferem com a comunicação, capacidade de resposta e outras lesões



OBSERVE

A abertura ocular, o conteúdo do discurso e os movimentos dos hemisférios direito e esquerdo



ESTIMULE

Estimulação sonora: ordem em tom de voz normal ou em voz alta
Estimulação física: pressão na extremidade dos dedos, trapézio ou incisura supraorbitária



PONTUE

De acordo com a melhor resposta observada

Abertura ocular

Critério	Verificado	Classificação	Pontuação
Olhos abertos previamente à estimulação	✓	Espontânea	4
Abertura ocular após ordem em tom de voz normal ou em voz alta	✓	Ao Som	3
Abertura ocular após estimulação da extremidade dos dedos	✓	À pressão	2
Ausência persistente de abertura ocular, sem fatores de interferência	✓	Ausente	1
Olhos fechados devido a fator local	✓	Não testável	NT

Resposta Verbal

Critério	Verificado	Classificação	Pontuação
Resposta adequada relativamente ao nome, local e data	✓	Orientada	5
Resposta não orientada mas comunicação coerente	✓	Confusa	4
Palavras isoladas inteligíveis	✓	Palavras	3
Apenas gemidos	✓	Sons	2
Ausência de resposta audível, sem fatores de interferência	✓	Ausente	1
Fator que interfere com a comunicação	✓	Não testável	NT

Melhor Resposta Motora

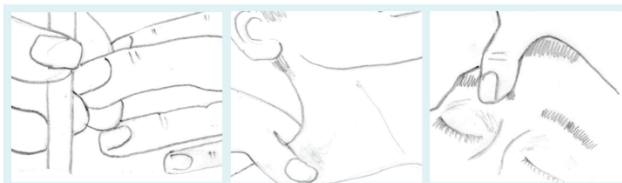
Critério	Verificado	Classificação	Pontuação
Cumprimento de ordens com 2 ações	✓	A ordens	6
Elevação da mão acima do nível da clavícula ao estímulo na cabeça ou pescoço	✓	Localizadora	5
Flexão rápida do membro superior ao nível do cotovelo, padrão predominante não anormal	✓	Flexão normal	4
Flexão do membro superior ao nível do cotovelo, padrão predominante claramente anormal	✓	Flexão anormal	3
Extensão do membro superior ao nível do cotovelo	✓	Extensão	2
Ausência de movimentos dos membros superiores/inferiores, sem fatores de interferência	✓	Ausente	1
Fator que limita resposta motora	✓	Não testável	NT

Locais para estimulação física

Pressão na extremidade dos dedos

Pinçamento do trapézio

Incisura supraorbitária



Características da resposta em flexão

Modificado com autorização a partir de Van Der Naalt
2004 Ned Tijdschr Geneesk

Flexão anormal

Lenta
Estereotipada
Aproximação do braço relativamente ao tórax
Rotação do antebraço
Cerramento do polegar
Extensão do membro inferior



Flexão normal

Rápida
Variável
Afastamento do braço relativamente ao corpo

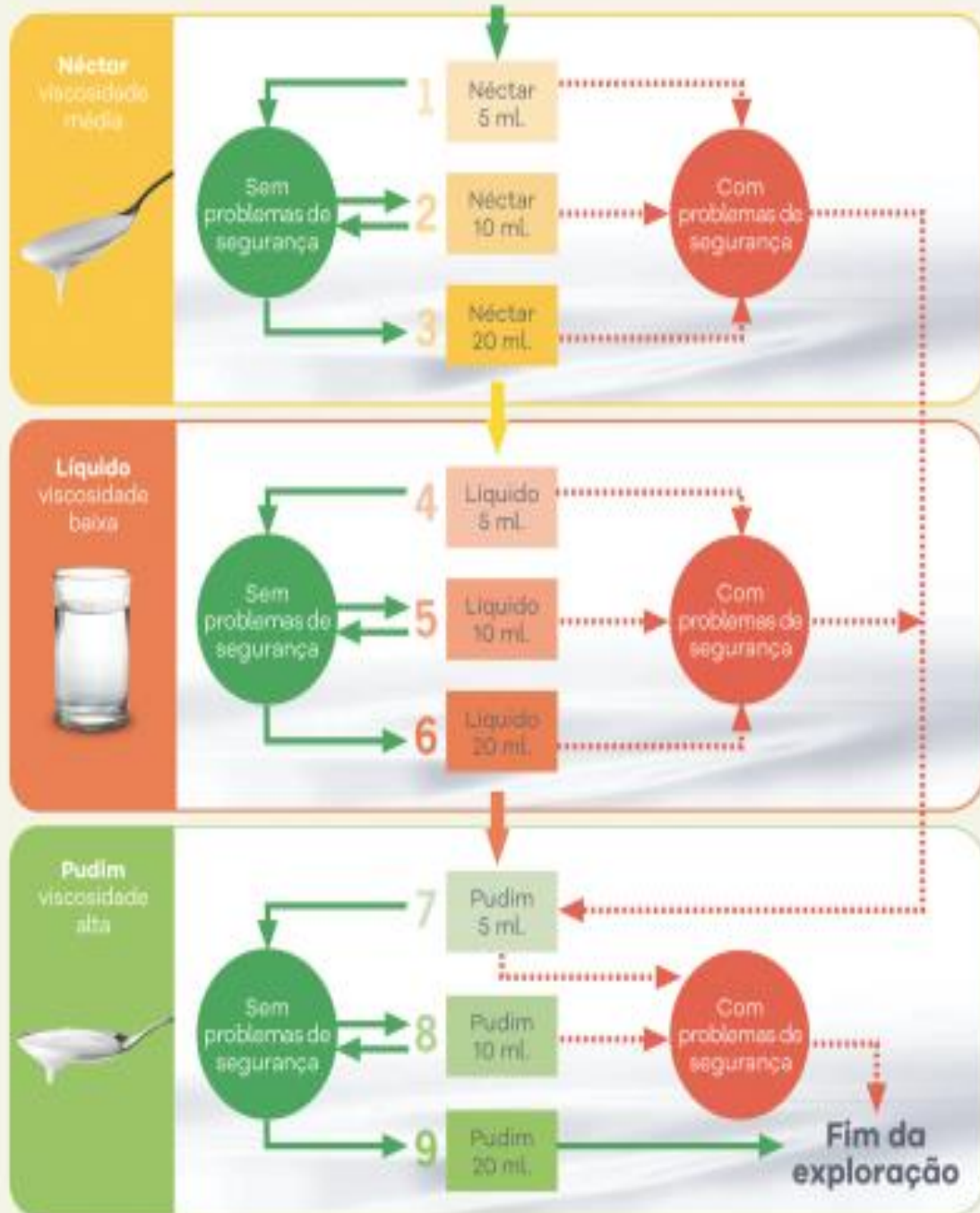
Glasgow Coma Scale: Disponível em: <http://www.glasgowcomascale.org/downloads/GCS-Assessment-Aid-Portuguese.pdf>

Anexo D – Folhas de Registo

Data de Internamento	Pessoa (letra)	Data de Avaliação	Idade	Sexo	Diagnóstico	Antecedentes Pessoais	Avaliação Inicial das Escalas					Consentimento Informado	
							Glasgow Score	GUSS		MECV-V			
							Score	Score	Grau de Disfagia	Néctar	Mel	Pudim	
Sinais de gravidade de acordo com o grau de disfagia						Tipo de dieta	Líquidos espessados	Ingestão dos alimentos efetuada					Treino de deglutição
								Autonomamente	Pelo enfermeiro	Pelo assistente operacional			
Procedimentos não invasivos						Exame Objetivo							
Saturação periférica de oxigénio	Temperatura	Presença de secreções											
		Sim	Não	Alteração no Controlo da Cabeça e Pescoço									
				Alteração na Mobilidade da Mandíbula									
				Alteração na Mobilidade Língua									
				Alteração na Preensão Labial									
				Alteração na Insuflação das Bochechas									
				Desvio da comissura labial									
Observações:						Alteração da dentição							
						Língua Seborrosa							
						Ausência de Sensibilidade Intraoral							

Anexo E – Fluxograma de Exploração do Método Exploratório Clínico Volume-Viscosidade

Início da exploração



Fonte: Instituto epap (2016). Fluxograma de Exploração do Método Exploratório Clínico Volume- Viscosidade.

Disponível em: https://www.institutoepap.com/wp-content/uploads/2016/05/MECV-V_PT-PT.pdf

Anexo F- Pedido de Parecer e Autorização à Comissão de Ética para a Saúde do Centro
Hospitalar Universitário do Algarve para a realização do projeto

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



Pedido de Autorização para Implementação de Projeto de Investigação

Excelentíssimo(a) Senhor(a) Presidente da Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar e Universitário do Algarve E.P.E

Eu, Susana do Rosário Rafael Velhinho Casteleiro de Góis, Enfermeira (O.E 48782) e aluna do Curso de Mestrado em Associação em Enfermagem das Escolas Superior de Enfermagem de São João de Deus da Universidade de Évora, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal e da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco e no âmbito do estágio final do Mestrado em Enfermagem – Especialidade de Enfermagem em Reabilitação encontro-me a realizar estágio no serviço de Medicina 3 do Centro Hospitalar e Universitário do Algarve E.P.E.

No âmbito do estágio final solicito ao (s) Excelentíssimo(a) Senhor(a) Presidente da Comissão de Ética para a Saúde autorização para a implementação do Projeto de Estágio com o título "Avaliação precoce da deglutição à pessoas com acidente vascular cerebral, na prevenção de complicações: Contributos do enfermeiro de reabilitação", o qual anexo ao presente documento, garantindo o bom nome da Instituição e a confidencialidade dos participantes e dados obtidos de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo.

Peço deferimento

Susana do Rosário Rafael Velhinho Casteleiro de Góis

Susana do Rosário Rafael Velhinho Casteleiro de Góis

Anexo G - Pedido de Parecer e Autorização à Senhora Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar Universitário do Algarve para a realização do projeto

MESTRADO EM ENFERMAGEM
EM ASSOCIAÇÃO



Pedido de Autorização para Implementação de Projeto de Investigação

Excelentíssima Senhora Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar e Universitário do Algarve E.P.E., Doutora Ana Paula Gonçalves

Eu, Susana do Rosário Rafael Velinho Casteleiro de Góis, Enfermeira (O.E. 48782) e aluna do Curso de Mestrado em Associação em Enfermagem das Escolas Superior de Enfermagem de São João de Deus da Universidade de Évora, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal e da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco e no âmbito do estágio final do Mestrado em Enfermagem – Especialidade de Enfermagem em Reabilitação encontro-me a realizar estágio no serviço de Medicina 3 do Centro Hospitalar e Universitário do Algarve E.P.E.

No âmbito do estágio final solicito à Excelentíssima Senhora Presidente do Conselho de Administração, Doutora Ana Paula Gonçalves a autorização para a implementação do Projeto de Estágio com o título "Avaliação precoce da deglutição à pessoa com acidente vascular cerebral, na prevenção de complicações: Contributos do enfermeiro de reabilitação", o qual anexo ao presente documento, garantindo o bom nome da Instituição e a confidencialidade dos participantes e dados obtidos de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo.

Peço deferimento

Susana do Rosário Rafael Velinho Casteleiro de Góis
Susana do Rosário Rafael Velinho Casteleiro de Góis

Anexo H -Pedido de Parecer e Autorização à Senhora Enfermeira Diretora do Centro
Hospitalar Universitário do Algarve para a realização do projeto

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



Pedido de Autorização para Implementação de Projeto de Investigação

Excelentíssima Senhora Enfermeira Diretora do Centro Hospitalar e Universitário do Algarve, E.P.E., Enfermeira Maria Filomena Martins

Eu, Susana do Rosário Rafael Velhinho Casteleiro de Góis, Enfermeira (O.E. 48782) e aluna do Curso de Mestrado em Associação em Enfermagem das Escolas Superior de Enfermagem de São João de Deus da Universidade de Évora, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal e da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco e no âmbito do estágio final do Mestrado em Enfermagem – Especialidade de Enfermagem em Reabilitação encontro-me a realizar estágio no serviço de Medicina 3 do Centro Hospitalar e Universitário do Algarve E.P.E.

No âmbito do estágio final solicito à Excelentíssima Senhora Enfermeira Diretora, Enfermeira Maria Filomena Martins a autorização para a implementação do Projeto de Estágio com o título "Avaliação precoce da deglutição à pessoa com acidente vascular cerebral, na prevenção de complicações: Contributos do enfermeiro de reabilitação", o qual anexo ao presente documento, garantindo o bom nome da Instituição e a confidencialidade dos participantes e dados obtidos de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo.

Peço deferimento

Susana do Rosário Rafael Velhinho Casteleiro de Góis

Susana do Rosário Rafael Velhinho Casteleiro de Góis

Anexo I - Consentimento Informado

**CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO, PARA PARTICIPAÇÃO EM
INVESTIGAÇÃO DE ACORDO COM A DECLARAÇÃO DE HELSÍNQUIA E A CONVENÇÃO
DE OVIEDO**

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira por favor assinar este documento.

Título do Estudo: Avaliação precoce da deglutição à pessoa com acidente vascular cerebral, na prevenção de complicações: Contributos do enfermeiro de reabilitação.

Enquadramento: Associação de Escolas Superiores de Enfermagem e de Saúde – Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco.

Orientador: Professor Doutor Rogério Manuel Ferrinho Ferreira – Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja

Explicação do Estudo: O presente estudo pretende avaliar a deglutição da com pessoa com Acidente Vascular Cerebral (AVC) através da Escala Gugging Swallowing Screen (GUSS) e do Método de Exploração Clínica Volume – Viscosidade (MECV-V), a fim de identificar se existe comprometimento da deglutição. De acordo com o grau de comprometimento da deglutição será definido um plano de intervenção na área da Enfermagem de Reabilitação de forma a prevenir complicações associadas à disfagia, assim como garantir à pessoa uma deglutição segura e eficaz.

Confidencialidade e Anonimato: Os dados obtidos neste estudo serão totalmente confidenciais e utilizados única e exclusivamente para o fim a que se destinam, não existindo identificação de nenhum dos participantes e garantindo o total anonimato dos mesmos. Caso o participante manifeste vontade em abandonar e não colaborar no estudo durante o período de investigação, poderá fazê-lo sem qualquer consequência.

Agradeço desde já a sua disponibilidade para a participação neste estudo, contribuindo para o desenvolvimento da área científica

Investigador: Susana do Rosário Rafael Velinho Casteleiro de Góis

Contactos: 966574331; susanagois11@gmail.com

Assinatura:

Data

____/____/____

Anexo J - Autorização da Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar Universitário do Algarve para a realização do projeto

Proposta de Investigação/Plano de Intervenção

Caixa de entrada x



Emanuel Jose Martins Mourao <morao@chalgarve.min-saude.pt>

07/12/17 ★



para mim, Isabel ▾

Enfermeira Susana do Rosário Rafael Velhinho Casteleiro de Góis, boa tarde,

Este contacto serve para informá-la que a sua proposta de investigação, no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, intitulada: **Avaliação precoce da deglutição à pessoa com acidente vascular cerebral, na prevenção de complicações: contributos do Enfermeiro de Reabilitação**, foi autorizada, tal como proposto, a 6/12/2017 pelo Conselho de Administração.

Desta forma, pode iniciar os procedimentos propostos; agradeço que, quando terminar, informe-nos. Deve utilizar esta mensagem como comprovativo da autorização da sua proposta.

Com os melhores cumprimentos,

Emanuel Mourão.

Enfermeiro,
CFIC – Área de Enfermagem, Unidade de Faro do CHUA, EPE;
289891147, Ext.: 11534;
morao@chalgarve.min-saude.pt



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



Centro
Hospitalar
Universitário
do Algarve